Lane Medical Library
196

Prognose der Endometritis puerperalis gonorrhoica, septica, saprica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe.

Einer

Hohen medizinischen Fakultät

der Universität zu Leipzig

vorgelegt von

Richard Lampe,

approb. Arzt aus Wedlitz (Herzogtum Anhalt).

Leipzig.
Druck von Bruno Georgi
1901.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 6. Juni 1901.
Referent: Herr Geh. Med. Rat Prof. Dr. Zweifel.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Schon die alten Kulturvölker kannten die Gonorrhoe sowie ihre Infectiosität und gaben dementsprechende Vorschriften zur Verhütung. So schreibt Moses im Leviticus: „Vir, qui patitur fluxum seminis, immundus erit. Omne stratum, in quo dormierit, immundum erit. Qui tetigerit carnem eius, lavabit vestimenta sua et ipse lotus aqua immundus erit usque ad vesperum etc.“ Im Mittelalter wurde die Gonorrhoe bald nach dem Bekanntwerden der Syphilis mit dieser nur allzuhäufig in einen Topf geworfen, ja lange Zeit mit ihr identisch angesehen. Bis in die neueste Zeit hinein hielt man sie für eine Krankheit der Prostituierten und jungen unverheirateten Männer, um die sich kein Frauenarzt zu kümmern brauche, als im Jahre 1872 Noeggerath nach langjährigem Studium der einschlägigen Verhältnisse mit seiner Arbeit: „Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlechte“ an die Oeffentlichkeit trat und den Zusammenhang der Gonorrhoe des Mannes mit weiblichen Genitalerkrankungen mit ganz besonderem Nachdruck hervorhob.

Noeggerath glaubt nicht zu weit zu gehen, wenn er behauptet, dass von 1000 Männern New-Yorks 800 Gonorrhoe gehabt haben. Bei 90% soll der Tripper ungeheilt bleiben, sodass von 100 Weibern, welche Männer mit abgelaufener Gonorrhoe geheiratet, kaum 10 gesund seien. Er unterscheidet 4 Gruppen, in denen die Erscheinungen der latenten Gonorrhoe

klinisch zu Tage treten, nämlich 1. Akute Perimetritis; 2. Recurrierende Perimetritis; 3. Chronische Perimetritis und 4. Ovaritis und Catarrh. Ferner bezeichnet er die Frauen der Männer, welche zu irgend einer Zeit ihres Lebens Gonorrhoe gehabt, als Regel steril. Von seinen 81 beobachteten Fällen wurden nur 31 schwanger, 23 entbanden am Ende der Zeit, 3 hatten Frühgeburten und 5 abortierten. Unter den 23 Frauen, welche ihre Kinder austrugen, hatten 12 nur 1 Kind, sie blieben relativ steril, d. h. sie concipierten innerhalb dreier Jahre nach der ersten Schwangerschaft nicht wieder. Im ganzen betrug somit die Zahl der sterilen Frauen 75%.

Mochte Noeggerath auch in vielen Punkten zu weit gegangen sein und musste er auch später einzelne weitgehende Behauptungen einschränken, so gebührt ihm doch das grosse Verdienst, die skeptischen Geister aufgerüttelt zu haben. Sänger sagt mit Recht, die Erkenntnis des ätiologischen Zusammenhanges von schwerer Erkrankung der Sexualorgane mit Gonorrhoe durch Noeggerath ist für die Gynäkologie eine Leistung kaum geringer als die von Semmelweis für die Geburtshilfe. Trieb es Semmelweis aus Wien, weil er mit seiner neuen Lehre bei manchem Kliniker ein Gefühl von schwerer Schuld wachgerufen, so musste Noeggerath als Märtyrer seiner Ueberzeugung New-York verlassen, da er mit Angriffen der beschuldigten Ehemänner und der mit ihm nicht übereinstimmenden Aerzte überschüttet wurde.

Fast sämtliche deutsche Autoren, unter ihnen besonders Fritsch und Olshausen, sprachen ihre Zweifel aus an dem perniciösen Einfluss, der der Gonorrhoe bezüglich der Prognose eines späteren Wochenbettes bezw. der Sterilität zugeschrieben werden sollte. Winkel sagt, dass die Menschheit wohl schon längst am Aussterben hätte sein müssen, wenn die Noeggerath'schen Ansichten voll und ganz der Wirklichkeit entsprächen.

So allgemein auch gleich von allem Anfang an der Widerspruch gegen die überraschenden Behauptungen Noeggeraths war, so wenig fanden sie in den ersten Jahren Erwähnung in der Litteratur. Als Hennig im November 73 in der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe in Leipzig über den Einfluss der Gonorrhoe auf puerperale Zustände der Frau sprach und den Noeggerath'schen drei Fälle seiner Beobachtung hinzufügte mit all ihren Folgeerscheinungen, wie selbst Noeggerath sie nicht schwärzer hätte ausmalen können, wandten sich fast alle Anwesenden in lebhafter Discussion gegen Hennigs Ausführungen.

Fritsch sucht in seinem Artikel: „Zur Lehre von der Tripperinfektion beim Weibe", (Archiv für Gynaekologie X) einige Sätze Noeggeraths zu widerlegen. Möglich, dass eine Gonorrhoe zur Zeit keine subjektiven Erscheinungen mache, sei sie immerhin doch etwas Faktisches. Eine weitere Angabe Noeggeraths, dass die gonorrhoische Erkrankung die gesamten Sexualorgane in einem Zuge ergreife, widerlegt er an der Hand seiner Krankengeschichten, nach denen er nur in den seltensten Fällen ein Ueberschreiten der Cervix gesehen hat; eine unausbleibliche Perimetritis sei daher sicher nicht das Gewöhnliche.

Musste man sich früher allein mit den klinischen Erscheinungen und der Angabe des Mannes, dass er früher an Gonorrhoe gelitten, behelfen, so brachte das Jahr 79 einen grossen Fortschritt für die genaue Kenntnis von dem Wesen des Trippers, indem Neisser den Gonococcus als ursächliches Moment der infectiösen Blenorrhoe kennen lehrte. Erst durch die Neisser'sche Entdeckung wurde ein wirkliches wissenschaftliches und exaktes Studium der Gonorrhoe bei der Frau ermöglicht, jetzt konnte man die damals noch viel umstrittene Specifität der Erkrankung absolut beweisen und eine sichere

Diagnose der gonorrhoischen Infection in allen Fällen stellen. Leider liess in den chronischen, von Noeggerath sogenannten latenten Fällen auch das Mikroskop oftmals im Stich und infolgedessen wurde der Neisser'sche Gonococcus namentlich von englischen Forschern, besonders von Lawson Tait, als Ursache der Gonorrhoe völlig verworfen.

Die weiteren Forschungen von Bumm und besonders von Wertheim brachten erst klares Licht in die Kenntnis von der Morphologie des Gonococcus. Bumm war der Ansicht, dass der Gonococcus sich nur auf Cylinderepithel weiter verbreite, und hielt daran fest, dass die Gonorrhoe bei der Frau nur als Oberflächenaffektion der Schleimhaut verlaufe. Er nimmt an, dass es sich bei vorkommenden septischen Processen um Mischinfection handle. Wertheim führt an, dass Touton, Dinkler, Jadassohn nachgewiesen hätten, dass der Gonococcus ganz wohl imstande sei, in sogar geschichtetes Pflasterepithel einzudringen, und dass Menge der Nachweis von Gonococcen im Kniegelenkseiter gelungen sei. Wertheim verdanken wir die schätzenswertesten Fortschritte; er gab ein Verfahren an, das auch heute noch allgemeine Verwendung findet und mit dem es mit Leichtigkeit gelingt, in chronischen Fällen, wo das Mikroskop nur allzu oft versagte, die Gonococcen nachzuweisen, die Reinzüchtung auf mit Agar versetztem Blutserum. Der Nachweis, dass es sich bei diesen Kulturen um Reinzüchtung des Gonococcus Neissers handle, wurde von Wertheim selbst durch mehrere erfolgreiche Uebertragungen bei Paralytikern erbracht. Durch das Tierexperiment an weissen Mäusen hat er nachgewiesen, dass der Gonococcus allerdings imstande sei, eine echte Entzündung des Peritoneums zu bedingen. Danach vermag also der Gonococcus auch in Plattenepithel einzudringen, ja es geht aus seinen Versuchen sogar hervor, dass der Gonococcus in Bindegewebe eindringen und hier dem Verlaufe

der Gewebs- und Lymphspalten folgend, sich in ähnlichen Zügen und Haufen verbreiten kann, wie die anderen pyogenen Mikroorganismen. Eine Mischinfection, wie sie Bumm für die Regel hält und für den Gonococcus heranzieht, weil er eben dem Gonococcus die Fähigkeit abspricht, tiefer in das Gewebe einzudringen und dort Entzündung hervorzurufen, nimmt Wertheim nicht an, da er bei den 16 Fällen, in denen er Tubeneiter untersucht hat, 10 mal mikroskopisch, 6 mal kulturell ausser Gonococcen niemals irgend welche anderen Bakterien gefunden hat. In einer anderen Reihe von Fällen, in denen er den Inhalt von 116 Pyosalpinxsäcken kulturell untersucht hat, fand er 72 mal keine Bakterien, 32 mal Gonococcen, 6 mal Streptococcen, 1 mal Staphylococcen, nie aber Gonococcen mit anderen Eitererregern zusammen. Fritsch, Witte, Schmorl, Sänger, Leopold u. A. halten dagegen noch immer an dem Begriffe der Mischinfection fest. Bei neueren Versuchen bei Endometritis ist besonders Krönig immer wieder zu dem Schluss gekommen, dass die Gonococcen, wenn einmal vorhanden, sich immer in Reinkultur befinden, eine Mischinfection kann er nicht annehmen.

12 Jahre nach dem Erscheinen der Noeggerath'schen Monographie fand sie in Sänger einen warmen Verteidiger, als er auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Magdeburg im Jahre 1884 seine Ansichten über gonorrhoische Uterusadnexa und deren operative Behandlung äusserte. Wenn er auch den Begriff der Latenz nicht anerkennt und die Einteilung Noeggerath's mangelhaft und einseitig nennt, weil die Adnexe nicht berücksichtigt würden, anstatt derselben aber eine anatomische Einteilung der verschiedenen klinisch wohl zu trennenden Krankheitsbilder vorschlägt, hält er im grossen und ganzen an Noeggerath's Ansichten fest, ja äussert sich, dass die Gonorrhoe weit öfter und schwerer die Gesundheit des

Weibes untergrabe als selbst die Syphilis, welche auch leichter heilbar sei. Nach seiner Zusammenstellung beträgt die Gonorrhoe $^1/_9$ der gynäkologischen Gesamtfälle. Er glaubt, dass die Gonorrhoe nach einem Puerperium besonders rasch in die Tuben und das Bauchfell vordringe und dass mit der Infection des Endometriums die Schwer- resp. Unheilbarkeit einer Gonorrhoe besiegelt sei. Käme es bei bestehender Erkrankung der Uterusschleimhaut zu einer Schwangerschaft, so käme es vielleicht ebenso häufig als bei Syphilis zu Abort. Der mikroskopische Nachweis der Gonococcen erscheint ihm für die Diagnose nicht massgebend, da ein Fehlen desselben nichts gegen die gonorrhoische Natur des Leidens beweise. Ihm genügt für die meisten Fälle gonorrhoischer Erkrankung der Sexualorgane Anamnese (mit Heranziehung des Mannes) und klinischer Befund, ja dieser ganz allein sei völlig ausreichend für die Diagnose.

Sowohl in der darauf folgenden Diskussion wie auch weiterhin fanden Sänger's Ansichten mehrfache Anfechtungen, sodass er 2 Jahre später abermals Veranlassung nahm, gelegentlich der Verhandlung der ersten Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München 1886 über die Beziehungen der gonorrhoischen Infection zu Puerperalerkrankungen seinen Standpunkt darzuthun. Von 1930 gesammelten Fällen seiner Privat- und poliklinischen Praxis fand er jetzt $230 = 10\% = {}^1/_8$ durch gonorrhoische Infektion bedingt. Auch jetzt noch stellt er die Diagnose aus der Anamnese und dem klinischen Befund. Nachdem er noch einmal seine Ansichten über die Häufigkeit der Sterilität und des Abortes klargelegt, führt er weiter aus, dass das Puerperium bei gonorrhoischer Infection anfänglich nur leichte Erscheinungen mache, während die schweren Formen erst im Spätwochenbett aufträten.

Mit den ausgeführten Ansichten waren nur wenige der Anwesenden einverstanden. Bumm kann nicht zugeben, dass

Sänger die Diagnose aus den klinischen Erscheinungen mache, ausschlaggebend sei allein die bakteriologische Untersuchung. Kaltenbach, Gräfe, Winkel, Mundé sind der Ansicht, dass die Gonorrhoe doch keineswegs in allen Fällen unheilbar sei.

In einem Beitrage zur Kenntnis der Gonorrhoe der weiblichen Genitalien meint Bumm, es gehe nicht an, die Möglichkeit einer Heilung der gonorrhoischen Endometritis ganz abzuleugnen. Er ist sich wohl der schlechten Aussichten bewusst, die bei der gonorrhoischen Entzündung der falten- und drüsenreichen weitverzweigten Schleimhautflächen des Uterus und seiner Adnexe einer prompten Heilung entgegenstehen und so häufig schwere und langwierige Sekundärerkrankungen nach sich ziehen. Er kennt Fälle, in denen nach akuter Steigerung des gonorrhoischen Processes in puerperio mit ungemein reichlichem Erscheinen von Gonococcenhaufen im Wochenfluss vollständige restitutio ad integrum erfolgte. Unter normalen Verhältnissen verhindere das orificium internum uteri den Eintritt des Cervixsekretes und damit auch die Verschleppung der gonorrhoischen Infektion in die Uterushöhle.

Nach Wertheim setzt die Gonorrhoe des Uterus in allen Fällen eine Entzündung der Uterusschleimhaut, die wir als eine mit eitrigem Catarrh einhergehende Endometritis interstitialis zu bezeichnen haben. In einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen kommt es bei chronischem Verlauf zur Vermehrung der Drüsen, id est zur Endometritis glaudularis. Neben den Veränderungen der Schleimhaut finden sich in vielen Fällen entzündliche Veränderungen der muscularis, die sich einerseits als entzündliche Infiltrationen des Muskelbindegewebes, andererseits als Gefässhyperplasien charakterisieren, und welche schliesslich zu einer Hyperplasie des Bindegewebes auf Kosten der Muskelelemente führen.

Kroner wendet sich in seinem Aufsatze: Ueber die Beziehungen der Gonorrhoe zu den Generationsvorgängen (Archiv für Gynäkologie Bd. XXXI.) aufs schärfste gegen die Noeggerathschen und Sänger'schen Ansichten. Kroner bezweifelt, dass bei 75% nach einer Gonorrhoe im Wochenbette eine schwere Endometritis mit Perimetritis die Folge sei. Auch kann er ein so häufiges Fortschreiten des Processes bis zu den Tuben und dem Peritoneum und die heftigen Erscheinungen bei 15% der angegebenen Fälle im Spätwochenbette nicht bestätigen nach seinen genauen Beobachtungen. Er verlangt ganz entschieden wie Bumm zu einem exakten, wissenschaftlich brauchbaren, nicht bloss mit Möglichkeiten bezw. geringeren oder grösseren Wahrscheinlichkeiten rechnenden Beweis eine bakteriologische Untersuchung des Sekretes oder eine specifische Blenorrhoe des Kindes. Auch bezüglich der Aborte und Frühgeburten kommt er mit diesen Voraussetzungen zu viel besseren Resultaten als Noeggerath. Nach Kroners Beobachtungen ist eine Gefährdung des Wochenbettes einer gonorrhoischen Frau nichts weniger denn als Regel anzusehen und eine grosse Häufigkeit von relativer Sterilität speciell infolge perimetrischer Processe in puerperio auf gonorrhoischer Basis nicht zu erwarten, wie dies ja auch thatsächlich die chronisch gonorrhoischen Frauen mit ihren wiederholt aufeinander folgenden Blenorrhoegeburten zeigten. Kroner hat 97 Mütter, deren Kinder zum grossen Teile an specifischer Gonorrhoe litten, beobachtet und fand dabei 80 Wochenbetten ungestört. Von den 97 gonorrhoischen Frauen hatten nur 8 zu früh geboren, während im ganzen nur 5mal Aborte vorkamen.

Kurz darauf schrieb Noeggerath eine Erwiderung auf die Ausführungen Kroners, in der er einige wenige Sätze anders aufgefasst wissen will, besonders dass er mit einer Entbindung am Ende des 9. Monats das normale Ende der

Schwangerschaft meine. Fast zu gleicher Zeit praecisiert er seinen jetzigen Standpunkt auf der 50. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Er definiert den Begriff der Latenz, betont der Forderung Bumms gegenüber, dass es selbst Neisser in 69 Fällen von 143 Fällen bestimmt bestehender chronischer Gonorrhoe nicht gelungen sei, den Gonococcus zu finden.

Glünder hat zur Frage der Sterilität bei latenter Gonorrhoe 1893 einen Beitrag geliefert. Bei 87 zu diesem Zweck aus der Berliner Universitäts-Poliklinik von Gusserow für Frauenkrankheiten zusammengestellten verheirateten sterilen Frauen fand sich 24mal frühere oder noch bestehende Gonorrhoe des Mannes und Zeichen von überstandener oder noch bestehender Gonorrhoe des Weibes. In den anderen 63 Fällen fanden sich 38mal Zeichen von gonorrhoischer Erkrankung des Weibes. Glünder hat also unter 87 sterilen Ehen 62mal Gonorrhoe nachgewiesen = 71,3%. Rechnet man die Sterilität der Ehen überhaupt auf 12,34%, so sind nach Glünder 8,8% aller Ehen infolge von Gonorrhoe steril.

Fehling verlangt in seiner Bedeutung der Gonorrhoe für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 1895 neben den klinischen Erscheinungen und der Anamnese ganz entschieden den mikroskopischen Nachweis des intracellulären Vorkommens der Diplococcen und die Entfärbung der durch Methylenblau gefärbten Coccen durch das Gram'sche Verfahren. Er kommt mit Krönig zu der Ansicht, dass vielleicht 25% der Endometritis in puerperio durch Gonococcen bedingt sei, ohne dass es dabei unbedingt zu Fieber kommen müsse. Trotz der anfangs oft beängstigenden Symptome neige die gonorrhoische Erkrankung entsprechend dem sonstigen Verhalten der Gonococcen zur Abkapselung und habe keine Neigung zur Verallgemeinerung und Eiterung, wenn auch immerhin der Verlauf ein sehr langwieriger sei.

Zweifel sagt in seiner 8. Vorlesung über klinische Gynäkologie, dass trotz früherer entgegengesetzter Ansichten jetzt ein grosser Teil der Gynäkologen sich immer mehr den Anschauungen Noeggeraths über die Bedeutung des Trippers für das weibliche Geschlecht nähere. Habe der Gonococcus erst einmal sein Zerstörungswerk auf den Tuben und Ovarien begonnen, so sei eine weitere Hoffnung auf erneute Conception ausgeschlossen; dann sei diese Krankheit für das weibliche Geschlecht und somit für die Familienvermehrung viel folgenschwerer als selbst die Syphilis, die doch nur zu temporärer Sterilität führe. Er ist jedoch weit entfernt davon, Noeggerath darin zu folgen, dass so ziemlich jeder Tripper diese Folgen nach sich ziehe, er hat genug Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, in denen die Frauen ganz gesund waren.

Wenn Wertheim zu der Ansicht neigt, dass vom gonorrhoisch inficierten Endometrium aus zumeist auch tiefere Partien, z. B. das Myometrium, ergriffen werden, so widerlegt ihm dies Bumm an der Hand von 5 makro- und mikroskopischen Präparaten von exstirpierten Uteris, in deren Sekret in allen Fällen die Anwesenheit der Gonococcen wiederholt vor der Operation konstatiert worden war. Der ganze Infectionsprocess spielte sich in sämtlichen 5 Fällen an den oberflächlichen Partien der Schleimhaut ab.

Auch Menge stellt sich in einer Diskussion über Döderleins Vortrag: „Ueber Metritis und Endometritis", in welcher er behauptete, dass in jedem Falle von Uterusgonorrhoe auch die Muskelschicht specifisch erkranke, auf Bumms Seite. Menge will damit dem Gonococcus die Fähigkeit nicht absprechen, in Ausnahmefällen allein, ohne Unterstützung anderer Keime auch tieferliegende Läsionen der Bindesubstanzen zu bedingen, wie dies auch Wertheim bewiesen, in keiner Weise zu nahe treten, er hält jedoch an der Ansicht fest, dass die

Gonorrhoe zumeist eine Oberflächenerkrankung und zwar in erster Linie der Schleimhäute darstellt.

Ich glaube, es wäre entschieden zu weit gegangen, wenn man bei zugestandenem früheren Tripper des Mannes, alle Fälle von Sterilität auf Kosten der Gonorrhoe rechnen wollte, bin vielmehr der Ansicht, dass die Frage viel objectiver beleuchtet wird, wenn man die Gonorrhoe wie zum Beispiel im Wochenbett vergleicht mit anderen Wochenbettinfectionen; erst dann wird man sich über die Bedeutung der Gonorrhoe für die Frau ein deutliches Bild machen können.

Ueber den Einfluss des Puerperiums auf die Conceptionsfähigkeit sagt Pfannkuch im Archiv für Gynäkologie Bd. XI, die Erfahrung lehre, dass zuweilen nach einmaliger rasch eingetretener Empfängnis eine ungewöhnlich lange Pause entstehe, oder dass eine zweite überhaupt nicht mehr vorkomme, für das übrige Leben also Unfruchtbarkeit die Folge sei. Er glaubt, die Ursache dieser verminderten oder aufgehobenen Conceptionsfähigkeit liege fast immer in pathologischen Veränderungen, die sich in dem vorausgegangenen Puerperium entwickelt haben und die nun dem Eintritt neuer Empfängnis bald ein grösseres, bald geringeres physiologisches oder mechanisches Hindernis bereiten.

Kisch definiert zunächst in seiner Sterilität des Weibes den Begriff Sterilität und fixiert den Zeitraum der Ehe, nach dessen Ablauf ohne Befruchtung die Frau als steril bezeichnet werden kann, auf mindestens 3 Jahre auf Grund statistischer Daten, die ausser ihm Duncau, Ansell, Puesch, Spencer Wells, Sims und v. Grünewaldt angestellt haben. Er erwähnt, dass Sänger und englische Autoren noch speciell jene nicht so seltene Art der acquisiten Sterilität des Weibes unterscheiden, dass Frauen nur ein Kind gebären, als besondere Form („an only-child-sterility"). Nur allzu oft gebe das Puer-

perium Anlass zu leichten und schweren Pelveoperitonitiden und das Resultat dieser Residuen wie Verlötung von Ovarien- und Tubenmündung geben eine Ursache zur Sterilität oder stellen die Conceptionsfähigkeit durch langsame Resorption der Exsudate und Lockerung der Adhäsionen nur allmählich wieder her.

v. Grünewaldt hat zahlreiche Fälle beobachtet, in denen Sterilität die Folge eines Puerperiums ist. Wenn auch oftmals weder subjektiv noch objektiv etwas nachgewiesen war, hat er gesehen, dass einzelne Frauen nach der letzten Conception einen Abort oder eine Frühgeburt machten und dann nicht wieder schwanger wurden. Diese Unfähigkeit, den Brutprocess zu Ende zu führen, hält er für ein Symptom der sich aus der Degeneration der zum Teil noch normalen Uterinelemente entwickelnden Sterilität. v. Grünewaldt hat in besonders eingehender Weise den Umstand erörtert, dass die Rolle der impotentia concipiendi eine sehr untergeordnete sei gegenüber der Bedeutung der Unfähigkeit des Uterus, die Bebrütung des befruchteten Eies zu Ende zu führen. Eine Erkrankung des Uterusgewebes, wie sie oftmals durch ein vorhergegangenes Puerperium bedingt ist, lasse eine Entwicklung des befruchteten Eies nicht zu. Die Bedeutung vorhergegangener Puerperien für die durch Mesometritis und diffuse Bindegewebshyperplasie des Uterus bedingte Unfruchtbarkeit hat v. Grünewaldt durch folgende Ziffern aus seinen Untersuchungen dargethan: Von 56 an chronischer Metritis leidenden Frauen waren steril 46,4 %, die Sterilität war kongenital in 19,2 %, acquiriert in 80,7 %. Von 134 an Myometritis und deren Folgen kranken Frauen waren steril 71,6 %, davon kongenital 17,7 %, acquisit 82,2 %. Von 321 an Endometritis kranken Frauen waren steril 29,5 %, davon 28,4 % kongenital, 71,5 % acquisit.

Unter Wochenbettfieber versteht man heute eine fieberhafte

Erkrankung der Wöchnerin, welche in einer von den Genitalien ausgehenden Wundinfection ihre Ursache hat. Die puerperale Endometritis bedingt die häufigsten Störungen des Wochenbettverlaufs. Als Ursache der puerperalen Endometritis müssen wir nach dem heutigen Stande unseres Wissens in jedem Falle eine Infection des Endometriums mit Bakterien annehmen. Es kommen in Betracht vor allem der Streptococcus pyogenes puerperalis, dann gewisse obligat anaerobe Bakterien, seltener das Bakterium coli commune, der Staphylococcus pyogenes aurens, der Diphtheriebaccillus, der Diplococcus pneumoniae und der Gonococcus Neisser.

Nach den neueren Untersuchungen von Wertheim und Krönig unterscheidet man heute drei Gruppen von puerperaler Endometritis, die Endometritis septica, saprica, gonorrhoica. Döderlein präcisiert dieselben in Veits Handbuch der Gynäkologie: Das Studium der puerperalen septischen (pyogenen) Endometritis hat uns sowohl in die Natur der hier in Betracht kommenden Mikroorganismen, wie auch in deren Verbreitungswege im Körper Einblicke gegeben, sodass gerade diese auf Wundinfection beruhende Form der Gebärmutterentzündungen am besten gekannt ist. Wir wissen, dass wir hier ganz vorzugsweise als Infectionserreger den Streptococcus finden, dass für diesen Keim die wunde, puerperale Uterushöhle eine ganz besonders beliebte, aber auch perniciöse Brutstätte bildet. Ausser den Streptococcen kommen noch die Staphylococcen in Betracht, unter welchen wiederum der Staphylococcus pyogenes aureus auch hier weit mehr Bedeutung hat als die anderen Arten.

Die saprogene Form der Endometritis unterscheidet sich von der pyogenen in erster Linie und hauptsächlich durch die Art der hier in utero zur Entwicklung kommenden Keime, nämlich Saprophyten, denen nur fakultativ pathogene Wirkung im Körper innewohnt. Saprophyten vermögen nur dann schäd-

liche Wirkung zu äussern, wenn sie sich im toten Material des Körpers einnisten können. In einer gesunden Uterushöhle vermögen diese Keime nichts auszurichten, nur im puerperalen Zustande bietet das Uterusinnere in jedem Falle Entwickelungsbedingungen für die Saprophyten, da ja auch nach ganz normal verlaufenden Geburten und bei vollkommener Ausstossung der Placenta und Eihäute doch kleine, dem Zerfall ausgesetzte Deciduapartikel die Beute derselben werden können. Ueber die Natur der hier in Betracht kommenden Saprophyten ist noch nicht viel bekannt. Bumm sagt, es handle sich stets um ein Gemisch von Bakterien, von Bacillen und Coccen. Krönig fand 50mal Endometritis bedingt durch Fäulnisbakterien, welche meist in Coccenform, in Reihen und zu Haufen angeordnet waren. Die Uebertragung dieser saprogenen Bakterien auf die gewöhnlichen Kulturnährböden ergaben Krönig so lange negative Resultate, bis er zur Züchtung bei Luftabschluss- bezw. unter Sauerstoffentziehung arbeitete. Nach Krönig gehören also die Keime der putriden Endometritis zu den obligat anaeroben Mikroorganismen. Bei gleichzeitiger Einfuhr von Streptococcen und Fäulnisbakterien, wie sie z. B. beim Touchieren stattfindet, sah Krönig stets in den nächsten Tagen die Streptococcen die Oberhand über die saprogenen Coccen gewinnen, sodass nunmehr die Streptococcen in Reinkultur herrschten und eine ausgesprochene septische Endometritis die Folge war.

Krönig hat unter 179 Fällen von puerperaler Endometritis 50mal Gonococcen in den Uteruslochien aufgefunden und damit den vom bakteriologischen Standpunkte aus unanfechtbaren Beweis erbracht, dass im Wochenbett eine Einwanderung von Gonococcen in die Uterushöhle und eine Vermehrung derselben in dem puerperalen Sekrete derselben stattfindet. Bei dem mikroskopischen Nachweise der Gonococcen gebrauchte Krönig die Vorsicht, dass stets gleichzeitig eine Aussaat des entnommenen

Sekrets auf gewöhnliches Agar vorgenommen wurde, um andere Coccenarten, die auf Agar ihr Wachstum finden, wie z. B. den Streptococcus pyogenes und den Staphylococcus pyogenes aureus auszuschliessen, und dass jedesmal das Präparat auch nach Gram gefärbt wurde.

Herr Prof. Dr. Krönig, damals Assistent der geburtshilflichen Station der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig, hatte in den Jahren 1893 und 1894 bei 179 Fällen von puerperaler Endometritis 79 Fälle bedingt durch die septische Form, 50 Fälle durch die gonorrhoische und 50 Fälle durch die saprische Form bedingt gefunden und gab mir im Jahre 98 die Anregung zu der vorliegenden Arbeit, diese sämtlichen Wöchnerinnen zur Nachuntersuchung wiederzubestellen, um in erster Linie die Ansichten Noeggeraths über die sogenannte sekundäre oder Einkindsterilität zu prüfen. Er übergab mir in liebenswürdiger Weise die sorgfältig gesammelten Notizen, untersuchte jederzeit in aufopferndster Weise die sich Vorstellenden selbst mit nach, sodass hierdurch und durch sonstige namhafte Unterstützung und Anleitung die Abfassung dieser Zeilen ermöglicht wurde. Es ist mir eine angenehme Pflicht, ihm dafür meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Nach Abzug derjenigen Wöchnerinnen, welche entweder im Wochenbett oder kurz nachher verstorben sind, und von weiteren fünf Fällen, bei denen aus den Aufzeichnungen kein genügender Anhaltepunkt zu einer weiteren Nachforschung sich ergab, verblieben mir noch 160 Fälle, die 5 Jahre nach überstandener puerperaler Endometritis aufzusuchen und wiederzubestellen waren. Trotzdem ich mir 2 Jahre hindurch nach dem Muster von Abel (Nachuntersuchung Laparotomierter) die grösste Mühe gab, einen möglichst grossen Procentsatz der betreffenden Frauen wiederzusehen und nachzuuntersuchen oder wenigstens brieflich von ihnen die gewünschte Auskunft zu

erhalten, bin ich leider nur in der Lage, über 128 derselben Auskunft zu erteilen. Wenn man aber bedenkt, zu welchem Zwecke sich die fast durchweg unverheirateten Frauen in der Klinik aufhielten, so kann es uns nicht wundernehmen, wenn sie bemüht sind, jede weitere Spur hinter sich zu verwischen. Bei einem grossen Teile von nun schon Verheirateten haben sich die Männer jede weitere Aufforderung zu erneuter Vorstellung oftmals ganz energisch verbeten oder ihren Frauen stillschweigend irgendwelche Auskunft untersagt. Ganz abgesehen von immer wieder erneuten Anfragen auf dem Meldeamt konnte ich öfters trotz unzähliger Briefe an Verwandte etc. von der Gesuchten keine Spur finden, oder wenn ich dieselbe endlich hatte, keine Nachricht erhalten. Heute stehen mir 42 Fälle der gonorrhoischen, 48 Fälle der septischen und 38 Fälle der saprischen Form zur Verfügung, die ich im Folgenden mitteilen möchte.

I. Verlauf nach Endometritis puerperalis gonorrhoica.

Fall 1. R., Ida, 29 Jahre alt, Näherin. Erstgebärende. Geburt[1]) 8. 12. 1892. Temperatursteigerung im Wochenbett. Fieberabfall am 11. Tage. Einige Zeit nach der Entbindung traten lebhafte Schmerzen im Unterleib auf, welche ärztliche Behandlung notwendig machten. Diese war zunächst eine rein exspectative, dann aber wurde 2 Jahre nach der Geburt eine Laparotomie ausgeführt. Leider konnte man von dem behandelnden Arzt nicht erfahren, welcher Art der Eingriff gewesen war. Pat. ist seit 1894 steril verheiratet. Periode ist unregelmässig, sonst ohne grössere Beschwerden. Zur Vorstellung konnte Pat. nicht bewogen werden, da sie auswärts wohnte und die Reise scheute.

Fall 2. B., Antonie, 26 Jahre alt, Näherin. Erstgebärende.

[1]) Unter „Geburt“ ist im Folgenden der Kürze halber die klinische Geburt gemeint, welche die Wochenbetterkrankung nach sich zog.

Geburt 25. 12. 1892. Kein Fieber im Wochenbett. Nach $1^1/_2$ Jahren wiederum Conception. Danach noch 1896 und 1898 je eine Geburt. Jetzt Periode schmerzhaft.

Am 23. 3. 1899: Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein beweglich.

Fall 3. L., Anna, 22 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 27. 12. 1892. Vom 9. Tage ab langanhaltendes Fieber im Wochenbett. Serös-eitriges Exsudat im Douglas, in welchem mikroskopisch und kulturell Gonococcen nachgewiesen wurden. Nach der Entlassung aus der Klinik hatte Pat. noch $^1/_2$ Jahr lang Schmerzen im Unterleib. Die nächste Geburt erfolgte erst trotz häufiger Conceptionsmöglichkeit 3 Jahre später. Seit dieser Zeit bis 6. 1. 1899 zwei Kinder.

Am 9. 1. 1899: Retroflexio versio uteri mobilis. Beide Tuben schlank, beide Ovarien klein beweglich.

Fall 4. V., Ida, 27 Jahre alt, Heizersfrau. Viertgebärende. Geburt 2. 1. 1893. Temperatursteigerung am 3. und 4. Tag bis 38,1. Entlassen am 12. Tage post partum. Nachricht vom 12. 3. 1899. Ist trotz häufiger Cohabitationen nicht wieder schwanger geworden. Beschwerden sind nicht vorhanden. Blut o. B.

Fall 5. M., Anna, 22 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 7. 1. 1893. Fieber vom 2. bis 4. Tage bis 39,1.[1]) Entlassen am 16. Tage p. partum. Vorstellung 17. 3. 1899. Nächste Entbindung Mai 1894, weitere im Januar 1897 und Juni 1898. Hat keine Beschwerden gehabt.

Fall 6. K., Fanny, 19 Jahre alt, Blumenbinderin. Erstgebärende. Geburt 8. 1. 1893. Fieber vom 8. bis 12. Tage bis 39,2. Entlassung am 15. Tage p. partum. Vorstellung am 19. 4. 1899. Ist seit einigen Jahren verheiratet. Verkehr bestand seit der Entlassung immer, aber keine Conception. Bis

[1]) Die angegebenen Temperaturen sind Achselhöhlenmessungen.

vor kurzer Zeit Periode unregelmässig, schmerzhaft. Geringer Ausfluss. Sie wurde im September 1898 in der hiesigen Poliklinik wegen Ausfluss behandelt. Diagnose daselbst lautet: Endometritis c. fluore. Adnexe ohne Besonderheiten. Erosio portionis.

Fall 7. B., Auguste, 19 Jahre alt, Sängerin. Erstgebärende. Geburt 9. 1. 1893. Temperatur vom 1. bis 10. Tage erhöht bis auf 39,0. Entlassen am 15. Tage. Briefliche Mitteilung am 23. 3. 1899. Nach der Entlassung noch mehrere Wochen erhebliche Schmerzen im Leibe. Auch in der Folgezeit plötzliche Schmerzattacken in der linken Seite. Geschlechtlicher Verkehr seit Mitte des Jahres 1893, häufig. Trotz Wunsch nach Kindern keine Conception.

Fall 8. B., Luise, 26 Jahre alt, Plätterin. Zweitgebärende. Geburt 12. 1. 1893. Im Wochenbett lange Zeit krank gewesen, und zwar begann am 3. Tage lebhafter Schmerz im Unterleib, welcher in der Folgezeit sich ausserordentlich steigerte mit Exacerbationen bei der Stuhlentleerung. Am 12. Tage wird in Narkose untersucht, weil die Schmerzen immer stärker werden, und ein grosses Exsudat im Douglas festgestellt. Am 30. Tage des Wochenbetts nochmals Narkose. Der Uterus ist vorn anteponiert, die Tuben schlank, das Exsudat im Douglas über gänseeigross. Die Punction des Exsudats liefert eine eitrig-seröse Flüssigkeit, in welcher bei der Aussaat auf Agar mit Cystomflüssigkeit ca. 60 Gonococcenkolonien aufschiessen. Am 71. Tage des Wochenbetts wird sie ungeheilt zur poliklinischen Nachbehandlung entlassen. Erst nach 7 Monaten ist sie soweit hergestellt, dass sie leichte Arbeiten verrichten kann; doch hat sie auch jetzt noch beständige Schmerzen. $1\,^1/_2$ Jahr später sind die Schmerzen wesentlich geringer. $2^1/_2$ Jahre später bei der Vorstellung giebt sie an, dass sie seit $^3/_4$ Jahr verheiratet sei, aber noch nicht concipiert hätte. Da in letzter Zeit wieder

heftige Schmerzen aufgetreten sind, wird noch einmal narkotisiert. Der Uterus ist klein, antefektiert, beide Tuben ganz leicht verdickt. Das linke Ovarium in Verwachsungen eingebettet. Im Jahre 1897 ist sie zum ersten Male schwanger geworden und im Juni 1898 wiederum. Dann wieder im Jahre 1900, diesmal aber extrauterin. Wie ich einer Mitteilung von Herff aus Halle entnehme, ist sie daselbst wegen Tubenruptur linkerseits operiert worden.

Fall 9. H., Anna, 28 Jahre alt. Formersfrau. Erstgebärende. Geburt 19. 1. 1893. Temperatur vom 4. bis 7. Tage gesteigert bis 38,6. Entlassen am 10. Tage. Nach der Entlassung noch 6 Wochen lang Schmerzen im Leibe und im Kreuz. $^3/_4$ Jahr nach der Entbindung schon wieder Conception und Entbindung am 22. 6. 1894 ohne Beschwerden. Nachdem nur selten geschlechtlicher Verkehr.

Am 9. 4. 1899. Uterus anteflectiert, klein, beweglich, beide Tuben schlank, Ovarien klein.

Fall 10. Z., Emma, 27 Jahre alt, Dienstmagd. Drittgebärende. Geburt 21. 1. 1893. Vom 1. bis 5. Tage Temperatursteigerung bis zu 40,5. Vorstellung am 7. 3. 1899. Nach der Entlassung Periode sehr schmerzhaft. Ein Jahr später verheiratet. Bald danach Conception und Geburt im August 1895. Im Wochenbette wieder 14 Tage Fieber. Die weiteren Entbindungen Dezember 1896 und Juni 1898, jedes Mal mit Fieber im Wochenbett verbunden. Zur Zeit Befinden gut, Periode schmerzhaft. Untersuchung verweigert.

Fall 11. Sch., Klara, 18 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 25. 1. 1893. Temperaturanstieg am 2. Tage, höchste Temperatur am 5. Tage 40,2, Temperaturabfall am 22. Tage. Am 35. Tage Abrasio mucosae. Diagose: Endometritis interstitialis. Gonococcen wurden im Gewebe nicht gefunden. Bei der Entlassung am 44. Tage noch

lebhafte Schmerzen im Leibe, besonders rechterseits. Das Kind hatte bei der Entlassung starke Ophthalmoblenorrhoe und Otitis media purulenta gonorrhoica. Vorstellung am 17. 3. 1899. Nach der Entlassung noch 2 Jahre reichlichen Ausfluss, Periode unregelmässig. Nächste Entbindung schon im Februar 1894, Placentarlösung durch poliklinische Hilfe. Weitere Geburten Februar 1896 und April 1898. Alle Kinder kamen im 8. Monat faultot. Zur Zeit keine Beschwerden.

Fall 12. St., Anna, 35 Jahre alt, Sattlersfrau. Fünftgebärende. Geburt 30. 1. 1893. Am 8. und 9. Tage geringe Temperatursteigerung. Entlassen am 17. Tage. Vorstellung am 20. 4. 1899. Nach der Entlassung noch $^1/_2$ Jahr Schmerzen im Unterleib, ebenfalls nach 3 Jahren vorübergehende Schmerzen. Geschlechtlicher Verkehr erst wieder seit März 1898, bisher noch keine Conception. Periode jetzt regelmässig, keine Beschwerden. Untersuchung verweigert.

Fall 13. K., Emma, 22 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 31. 1. 1893. Am 9. Tage geringe Temperatursteigerung. Entlassung am 10. Tage. Vorstellung 20. 4. 1899. $^1/_4$ Jahr nach der Entlassung geschlechtlicher Verkehr wieder aufgenommen. Nächste Entbindung März 1894, Wochenbett gut, ebenso die weiteren Geburten im Juni 1897 und November 98. Jetzt öfters Kreuzschmerzen. Untersuchung verweigert.

Fall 14. S., Ida, 20 Jahre alt, Verkäuferin. Erstgebärende. Geburt 3. 2. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Vorstellung am 5. 1. 1899. Noch 6 Wochen nach der Entlassung kränklich mit reichlich eitrigem Ausfluss. Seitdem Wohlbefinden. Conceptionsmöglichkeit ist erst seit $^1/_2$ Jahre vorhanden; bisher keine Gravidität.

Uterus retrovertiert, nicht vergrössert, nicht fixiert. Beide Tuben am uterinen Ende leicht verdickt, gehen dann über in

taubeneigrosse Tumoren, aus denen sich die Ovarien nicht abtasten lassen.

Fall 15. W., Minna, 20 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 17. 2. 1893. Vom 3. bis 7. Tage Temperatursteigerung bis zu 39,5. Entlassung am 10. Tage. Vorstellung am 18. 3. 1899. Nach der Entlassung noch $^1/_2$ Jahr Schmerzen in der rechten Unterleibsseite, Periode unregelmässig, sehr schmerzhaft. Ausfluss bis vor 2 Jahren stark eitrig, jetzt nur gering. Mit demselben Manne, von dem sie ihr erstes Kind hatte, häufige Cohabitationen ausgeführt ohne jede Vorsichtsmassregel bis vor 2 Jahren; trotzdem keine erneute Conception. Jetzt Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen, geringer Ausfluss.

Uterus antevertiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, beide Ovarien klein, beweglich.

Fall 16. W., Minna, 24 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 1. 3. 1893. Am 7. und 8. Tage Temperaturerhöhung. Entlassung am 11. Tage. Briefliche Mitteilung am 31: 7. 1899. Seit der Entlassung Wohlbefinden. Im Jahre 1898 nächste Entbindung mit ungestörtem Wochenbett.

Fall 17. K., Pauline, 21 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 6. 3. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 9. Tage. Vorgestellt am 12. 3. 1899. Nach der Entlassung noch 4 Wochen Schmerzen im Leib. Periode unregelmässig, sehr schmerzhaft. Ein Arzt hat Eierstockentzündung konstatiert. Trotz reichlicher Cohabitationen, die etwas schmerzhaft sind, keine Conception. Jetzige Beschwerden: Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes, sehr heftige Kreuzschmerzen, unregelmässige Periode, geringer Ausfluss kurz vor den menses.

Retroversio-flexio uteri fixati. Tuben und Qvarien beiderseits mit dem Uterus verwachsen, nicht vergrössert.

Fall 18. H., Marie, 28 Jahre alt, Näherin. Zweitgebärende. Geburt 11. 3. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Ent-

lassen am 10. Tage. Briefliche Mittheilung am 25. 4. 1899. Von der Entbindung an beständig Schmerzen im Unterleib. Periode regelmässig, sehr schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr 1 Jahr nach der Entbindung wieder aufgenommen, aber nur selten. Vom Arzt wegen Endometritis und Blasenkatarrh behandelt. Keine Conception. Jetzige Beschwerden: Schmerzhafte Periode, Schmerzen im Unterleib. Eitriger Ausfluss.

Fall 19. A., Hedwig, 20 Jahre alt, Arbeiterin. Zweitgebärende. Geburt 12. 3. 1893. Vom 3. bis 6. Tage Temperatursteigerung bis 39,1. Entlassen am 10. Tage. Wiedergesehen am 29. 4. 1901. Nach der Entlassung noch circa 4 Wochen heftige Schmerzen im Unterleib. Periode in Ordnung. Verheiratet 1894. Nächste Entbindung November 1895. mit ungestörtem Wochenbett, ebenso die weiteren Entbindungen Dezember 1897 und März 1899. Jetzt Wohlbefinden. Untersuchung verweigert.

Fall 20. M., Anna, 22 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Zweitgebärende. Geburt 14. 3. 1893. Leichte Temperatursteigerung vom 3. bis 6. Tage. Entlassen am 12. Tage. Vorgestellt am 17. 4. 1899. Nach der Entlassung anfangs Wohlbefinden, seit September 1894 Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes, besonders beim Stuhlgang, Ausfluss noch jetzt ziemlich reichlich. Geschlechtlicher Verkehr $^1/_2$ Jahr nach der Entlassung, keine Conception.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Linke Tube schlank, Ovarium klein, frei beweglich; rechte Tube vielleicht etwas verdickt, Ovarium klein, frei beweglich.

Fall 21. S., Therese, 28 Jahre alt, Zimmermannsfrau. Viertgebärende. Geburt 15. 3. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 10. Tage. Wieder vorgestellt am 6. 1. 1899. Bald nach Entlassung musste sie wegen Schmerzen im Leib und starkem Blutverlust noch 5 Wochen in der Klinik Auf-

nahme finden. Nächste Entbindung 31. 12. 1895, wonach sie 14 Wochen fieberte. Nach der weiteren Entbindung 19. 3. 1897 8 Wochen Fieber, der letzten im September 1898 wiederum 7 Wochen Fieber. Jetzt häufig Blasenkrampf und Ohnmachtsanfälle.

Uterus anteflectiert, frei beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, frei beweglich.

Fall 22. E., Alwine, 20 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 17. 3. 1893. Am 6. und 7. Tage Temperatursteigerung bis 39,0. Entlassen am 10. Tage. Briefliche Mitteilung am 23. 2. 1901. Nach der Entlassung 7 Wochen so heftige Schmerzen im Unterleib, dass sie die Arbeit aufgeben und sich bei den Eltern erholen musste. Geschlechtlicher Verkehr ununterbrochen, häufig. Nächste Entbindung im August 1898 ohne Fieber im Wochenbett. Jetzt bis auf ein seit 1893 bestehendes ulcus cruris keine Beschwerden.

Fall 23. G., Anna, 21 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 4. 4. 1893. Am 3. und 4. Tage geringe Temperatursteigerung. Entlassen am 10. Tage. Vorgestellt am 16. 3. 1899. Nach der Entlassung zu Hause ziehende Schmerzen im Leibe, die sich nach 10 Wochen so steigerten, dass sie sich ins Krankenhaus begeben musste. Hier wurde sie vier Wochen mit Umschlägen auf den Leib behandelt, worauf Linderung eintrat. Nach 2 Jahren wegen erneuter Schmerzen suchte sie in Berlin wieder eine Privatklinik auf und wurde 4 Wochen in gleicher Weise behandelt. Die Schmerzen kehrten jedoch immer wieder. Jetzt Periode schmerzhaft. Seit der Entbindung immer geschlechtlicher Verkehr. Seit einem Jahre verheiratet. Keine Conception. Der Mann ist öfters wegen Harnröhrenleidens in Behandlung gewesen.

Uterus antefectiert, klein, frei beweglich. Starke Erosio

portionis. Beide Tuben schlank, beide Ovarien klein, beweglich.

Fall 24. T., Liddy, 22 Jahre alt, Coloristin. Erstgebärende. Geburt 11. 4. 1893. Vom 2. bis 17. Tage Temperatursteigerung bis 38,8. Entlassen am 27. Tage. Wieder gesehen am 1. 5. 1901. Nach der Entlassung noch ca. 6 Wochen heftige Schmerzen im Unterleib. Periode seitdem unregelmässig, verlängert, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr bestand seit der Entbindung immer. Nächste Entbindung Juni 1895 mit Fieber im Wochenbett. Weitere Entbindung September 1899, Wochenbett ungestört. Jetzt oft Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Periode unregelmässig. Ausfluss besteht noch jetzt.

Fall 25. L., Anna, 25 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 25. 4. 1901. Am 3. und 4. Tage geringe Temperaturerhöhung. Entlassen am 11. Tage. Vorgestellt am 10. 3. 1899. Seit der Entlassung immer Beschwerden, und zwar Ziehen im Leibe, Schmerzen im Rücken und starker weisser Fluss. Periode unregelmässig, schmerzhaft. Seit der Entbindung immer geschlechtlicher Verkehr, verheiratet Januar 1895. Oktober 1895 concipierte sie und abortierte nach 6 Wochen. Seit der Zeit concipierte sie nicht wieder. Jetzt beständig Schmerzen im Leib.

Retroversio-flexio uteri fixati. Uterus klein. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 26. B., Anna, 19 Jahre alt, Falzerin. Erstgebärende. Geburt 4. 6. 1893. Temperatursteigerung vom 10. bis 20. Tage bis auf 39,3. Entlassen am 21. Tage. Vorgestellt am 30. 4. 1899. Nach der Entlassung noch einige Tage Schmerzen im Leibe. Geschlechtlicher Verkehr wurde 3 Monate nach der Entbindung wieder aufgenommen, aber nur selten. Nächste Entbindung Januar 1896 ohne Fieber, weitere im August 97.

Jetzige Beschwerden: weisser Fluss und schmerzhafte Periode. Untersuchung verweigert.

Fall 27. H., Auguste, 21 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 30. 7. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 10. Tage. Vorgestellt am 14. 4. 1899. Nach der Entlassung anfangs Wohlbefinden bis auf unregelmässige, schmerzhafte Periode. Im December 1893 traten lebhafte Schmerzen im Unterleib ein, so dass sie am 18. 1. 1894 wegen doppelseitiger gonorrhoischer Pyosalpinx operiert werden musste. Es war rechts am Uterus ein gänseeigrosses und links ein faustgrosses Convolut von Tumoren zu constatieren. Die Operation bestand in Salpingo oophorectomia bilateralis. Anatomische Diagnose: Gonorrh. Pyosalpinx. Nach der Operation noch 2 Jahre geringe Beschwerden. Auch bei der Vorstellung noch Gefühl der Spannung im Leib, ausserdem Kopfschmerzen, fliegende Hitze und bisweilen Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes.

Uterus klein, beweglich, anteflectiert. Adnexe nicht zu fühlen.

Fall 28. K., Pauline, 26 Jahre alt, Arbeiterin. Zweitgebärende. Geburt 9. 8. 1893. Geringe Temperatursteigerung am 3. und 4. Tage. Entlassen am 11. Tage. Wiedergesehen am 29. 4. 1901. Nach der Entlassung noch ca. $^1/_4$ Jahr heftige Schmerzen im Unterleib. Periode regelmässig, schmerzhaft. Verheiratet seit 1893. Nächste Entbindung April 1896 im VI. Monat. Wegen Schmerzen im Unterleib, Kreuzschmerzen, Schmerzen beim Wasserlassen und Verstopfung begiebt sie sich am 19. 5. 1896 in die hiesige Poliklinik. Befund daselbst: Uterus normal, beide Tuben schlank, beide Ovarien beweglich, Descensus der vorderen und weniger der hinteren Vaginalwand, Obstipatio chronica. Nächste weitere Entbindung November 1897 im 7. Monat, letzte am 11. 7. 1899 im Institute, wo bei der

Fünftgebärenden im 7. Monat eine Steisslage des faultoten Kindes und Albuminurie konstatiert wurde. Vom 1. bis 5. Tage des Wochenbettes bestand Fieber bis 39,4. Zur Zeit fühlt sie sich wohl, nur manchmal treten Oedeme auf. Periode in Ordnung.

Fall 29. K., Elise, 25 Jahre alt, Stickerin. Erstgebärende. Geburt 26. 9. 1893. Vom 3. bis 14. Tage Temperaturerhöhung bis auf 39,5. Entlassen am 17. Tage. Vorgestellt am 31. 7. 1899. Nach der Entlassung Wohlbefinden. Geschlechtlicher Verkehr seit 3 Jahren, verheiratet im November 1897. Erste weitere Entbindung März 1898 ohne Fieber, ebenso die letzte im Februar 1899.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 30. K., Margarete, 19 Jahre alt, Kellnerin. Erstgebärende. Geburt 28. 9. 1893. Temperatursteigerung vom 7. bis 18. Tage bis auf 39,2. Entlassen am 27. Tage. Briefliche Mitteilung am 23. 12. 1899. Nach der Entlassung noch einige Wochen Schmerzen im Unterleib und eitriger Ausfluss. Geschlechtlicher Verkehr bald nach der Entlassung wieder aufgenommen, concipierte bald wieder, nächste Entbindung November 1894 mit Endometritis saprica cf. Reihe III Fall 37.

Fall 31. A., Marie, 19 Jahre alt, Blumenmacherin. Erstgebärende. Geburt 28. 10. 1893. Temperaturanstieg am 5. Tage bis 39,4. Temperaturabfall am 8. Tage. Entlassen am 10. Tage. Briefliche Mitteilung April 1899. Bald nach der Entlassung stellten sich heftige Schmerzen im Unterleibe ein, die mit kurzen Unterbrechungen bis heute fortbestehen. Seit 2 Jahren verheiratet bisher keine Conception.

Fall 32. R., Katharine, 23 Jahre alt, Franzerin. Zweitgebärende. Geburt 6. 12. 1893. Temperatur vom 6. bis 11. Tage erhöht bis auf 39,0. Entlassen am 14. Tage. Die

erste Zeit nach der Entlassung keine Beschwerden. November 1895 angeblich Blinddarmentzündung. Wegen heftiger Schmerzen im Unterleibe wurde sie zweimal im Krankenhause behandelt. Geschlechtlicher Verkehr bestand immer, allerdings monatlich nur ein-, höchstens zweimal. Seit Februar 1897 ist sie verheiratet, doch wurde der Ehemann bald darauf im Zuchthause interniert.

Uterus retroflectiert, nicht vergrössert, hinten breit fixiert. Links vom Uterus ist ein gänseeigrosser Tumor zu fühlen, der allseitig mit dem Beckenboden verwachsen ist, dem Uterus direkt anliegt und aus dem sich Tube und Ovarium nicht isoliert austasten lassen. Rechte Tube am uterinen Ende auf eine kurze Strecke verdickt zu fühlen, geht über in das kleine Ovarium, welches auf dem Beckenboden ebenfalls verwachsen ist.

Fall 33. P., Anna, 33 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 1. 7. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 10. Tage. Vorgestellt am 15. 3. 1899. Nach der Entlassung keine Beschwerden. Nächste Entbindung April 1896 ohne Störung im Wochenbett. Seit längerer Zeit hat sie Syphilis acquiriert. Mai 1898 Frühgeburt wegen Syphilis im 7. Monat.

Fall 34. P., Selma, 18 Jahre alt, Schneiderstochter. Erstgebärende. Geburt 20. 10. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 16. Tage. Vorgestellt am 29. 3. 1899. Ausser eitrigen Ausfluss gab sie keine Beschwerden an. Geschlechtlicher Verkehr bald nach der Entbindung. Nächste Geburt Mai 1895 ohne Fieber. Januar 1899 eine weitere Entbindung. Immer beschwerdefrei.

Fall 35. F., Marie, 21 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 4. 1. 1894. Leichte Temperatursteigerung am 3. und 4. Tage. Entlassen am 13. Tage. Vorstellung am 7. 3. 1899. Nach der Entlassung Schmerzen im Unterleib, unregelmässige, schmerzhafte Periode. Am 24. 4. 1897 wird wegen Pyosal-

pinx dextra die Salpingoooophorectomia dextra ausgeführt. Cohabitationen sind sofort nach der Entlassung wieder aufgenommen, Conception trat nicht ein.

Uterus klein, vorn, die linken Adnexe sind wegen Schmerzhaftigkeit nicht sicher zu tasten.

Fall 36. Ch., Adelaide, 24 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 8. 1. 1894. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 9. Tage. Vorstellung am 8. 3. 1899. Cohabitationen gleich nach der Entbindung wieder aufgenommen, häufig. Erste weitere Geburt im Dezember 1897 ohne Fieber. Trotz häufiger Cohabitationen seit der Zeit nicht wieder geschwängert. Bis auf ulcus cruris keinerlei Beschwerden.

Uterus vorn, klein, frei beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 37. R., Auguste, 26 Jahre alt, Arbeiterin. Zweitgebärende. Geburt 19. 1. 1894. Vom 2. bis 4. Tage leichte Temperaturerhöhung. Entlassen am 9. Tage, wird aber nach drei Wochen wegen Schmerzen im Unterleibe abermals aufgenommen, wo sich der Uterus vergrössert, anteflectiert, die linke Tube stark, die rechte weniger verdickt fand. Nach der Entlassung noch 14 Tage Schmerzen im Unterleib, Periode schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr erst seit Anfang 1896 wieder aufgenommen. Nächste Entbindung Januar 1897, im Wochenbett Fieber, weitere im Juli 1898 ohne Fieber. Klagt jetzt über weissen Ausfluss und Kreuzschmerzen.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Linke Tube etwas verdickt, rechte schlank, Ovarien klein.

Fall 38. J., Lina, 26 Jahre alt, Dienstmagd. Drittgebärende. Geburt 26. 1. 1894. Am 4. und 5. Tage leichte Temperatursteigerung. Entlassen am 9. Tage. Briefliche Mitteilung am 24. 2. 1901. Nach der Entlassung immer beschwerdefrei, Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Umgang reichlich seit

Anfang 1895. Nächste Entbindung Februar 1896, weitere Januar 1899, Wochenbetten ohne Störung.

Fall 39. W., Emma, 25 Jahre alt, Arbeiterin. Zweitgebärende. Geburt 2. 2. 1894. Vom 8. bis 12. Tage Temperaturerhöhung bis auf 38,4. Entlassen am 14. Tage. Briefliche Mitteilung am 25. 3. 1899. Kurze Zeit nach der Entlassung stellten sich heftige Schmerzen im Unterleib ein, sodass Pat. ganz gebückt gehen musste. In Wien wurde sie in der Klinik Chrobaks wegen Eiterkatarrhs mit Sitzbädern und Ausspülungen behandelt, wonach sich Pat. Ende Mai 1894 ganz wohl fühlte. Ausfluss besteht auch jetzt noch, Periode ist schmerzhaft. Verheiratet Juli 1895, concipierte sie trotz häufiger Cohabitationen erst 1898 und ist jetzt gravida im 9. bis 10. Monat.

Fall 40. K.. Bertha, 25 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 14. 2. 1894. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 30. 7. 1899. 1/4 Jahr nach der Entbindung geschlechtlicher Verkehr wieder häufig. Erste weitere Geburt erst 1897 ohne Fieber im Wochenbett. Bisher keine Beschwerden.

Uterus antevertiert-flectiert, klein, beweglich. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 41. Sch., Anna, 25 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 15. 2. 1894. Am 8. und 9. Tage geringe Temperatursteigerung. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 4. 3. 1899. Bis auf schmerzhafte Periode keine Beschwerden. Conceptionsmöglichkeit reichlich vorhanden, trotzdem nächste Geburt erst Anfang 1899.

Uterus gut zurückgebildet, vorn, frei beweglich. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 42. F., Anna, 29 Jahre alt, Dienstmagd. Viertgebärende. Geburt 16. 2. 1894. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 11. Tage. Briefliche Mitteilung im Mai 1899,

aus der nur zu entnehmen war, dass sie Anfang 1899 eine Entbindung am Ende der Zeit durchgemacht hatte. Giebt keinerlei Beschwerden an.

II. Verlauf nach Endometritis puerperalis septica.

Fall 1. E., Pauline, 24 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 30.11.1892. Vom 5. bis 10. Tage Temperatursteigerungen bis auf 39,1. Entlassen am 17. Tage. Briefliche Mitteilung am 18. 4. 1899. Nach der Entlassung Wohlbefinden. Periode in Ordnung. Nächste Entbindung November 1895, letzte Februar 1899 ohne Besonderheiten.

Fall 2. F., Therese, 23 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 29. 12. 1892. Am 6. Tage Temperaturerhöhung bis 38,1. Entlassen am 16. Tage. Vorstellung am 10. 3. 1899. Bisher immer beschwerdefrei, Periode in Ordnung. Verheiratet 1895. Nächste Entbindung Mai 1896, weitere September 1898, Wochenbetten ungestört.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich, Tuben schlank, Ovarien klein beweglich.

Fall 3. K., Marie, 37 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Zwölftgebärende. Geburt 13. 1. 1893. Vom 4. bis 18. Tage Temperatursteigerung bis 39,6. Entlassen am 25. Tage. Vorstellung am 24. 3. 1899. Keinerlei Beschwerden, Periode in Ordnung. Nächste Entbindung April 1894, weitere Februar 1895 ohne Störung des Wochenbettes. Seit Sommer 1895 Schmerzen im Leib, weswegen sie Dezember 1897 in der Klinik operiert wurde. Diagnose: Bartholinitis duplex gonorrhoica. Pyosalpinxduplex gon. Endometritis cervicis gon. Operation: Elytrotomie, Eröffnung des rechten und linken Pyosalpinxsackes. Seitdem Periode sehr schmerzhaft.

Uterus vorn, klein beweglich, Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 4. S., Ida, 18 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende.

Geburt 16. 1. 1893. Vom 5. bis 7. Tage Temperaturerhöhung bis 38,7. Entlassung am 19. Tage. Vorgestellt am 6. 3. 1899. Bisher immer Wohlbefinden, Periode in Ordnung. Seit 3 Jahren verheiratet, aber trotz häufiger Cohabitationen bisher keine Conception.

Uterus etwas vergrössert, frei beweglich. Tuben beide schlank, Ovarien klein, frei beweglich.

Fall 5. M., Anna, 22 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 21. 1. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 13. 3. 1899. Nach Entlassung Wohlbefinden, Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr erst Anfang 1894 aufgenommen. Nächste Geburt September 1894, nach der sie eine Parotitis sinistra bekam, die Schwellung der Parotis trat bei den nächsten Perioden in geringem Grade auf. November 1895 weitere Entbindung mit fieberfreiem Wochenbett, nach der Entbindung im November 1896 Fieber; im Anschluss an diese Geburt $^1/_2$ Jahr später Abrasio vorgenommen. Weitere Entbindung im Mai 1898, jetzt gravida im 4. Monat.

Fall 6. K., Alwine, 25 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 25. 1. 1893. Am 5. und 6. Tage Temperatur bis 39,6 erhöht. Entlassen am 13. Tage. Vorstellung am 26. 4. 1899. Allgemeinbefinden gut, Periode schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr ein Jahr nach der Entbindung aufgenommen, verheiratet seit April 1895. Im Jahre 1896 und 1897 will sie mehrere Wochen lang Blutungen gehabt haben. Machte Anfang 1898 und 1899 je einen Abort durch. Nach dem letzten beständig Schmerzen in der linken Seite, Periode schmerzhaft. Es besteht Endometritis, die mit Formalätzung behandelt wird.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich, beide Tuben schlank, Ovarien klein.

Fall 7. O., Anna, 19 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende Geburt 25. 2. 1893. Vom 3. bis 32. Tage Fieber bis 39,6. Entlassen am 43. Tage. Briefliche Mitteilung am 26. 2. 1899. Nach der Entlassung war sie noch 5 Monate arbeitsunfähig. Nach weiteren 3 Monaten musste sie das Krankenhaus aufsuchen; danach Besserung bis Anfang 1896, wo sie wegen Fiebers, Schmerzen im Unterleib und Rücken im Krankenhause Gera aufgenommen und daselbst mit Ausspülungen behandelt wurde. Seitdem fühlt sie sich wohl. Geschlechtlichen Verkehr hat sie ebenfalls erst danach wieder aufgenommen, aber bisher nicht concipiert. Jetzt keine Klagen.

Fall 8. P., Lina, 20 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 13. 3. 1893. Vom 3. bis 9. Tage Temperatursteigerung bis 39,3. Entlassen am 15. Tage. Vorstellung am 20. 12. 1898. Im Unterleib keine Beschwerden, Periode in Ordnung. Pat. litt lange an Blutarmut, Kopfschmerzen. Trotz reichlicher Conceptionsmöglichkeit trat keine weitere Gravidität ein. Starke Adipositas.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich, Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 9. W., Marie, 27 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 15. 3. 1893. Am 5. und 6. Tage Temperatur bis 39,8 erhöht. Entlassen am 11. Tage. Vorstellung am 24. 3. 1899. Allgemeinbefinden immer gut. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr seit Mitte 1894. Nächste Entbindung April 1895, weitere Oktober 1896, Wochenbetten beidemal ungestört.

Uterus retroponiert, retrovertiert, klein, lässt sich aufrichten. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 10. J., Luise, 23 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 23. 3. 1893. Vom 4. bis 6. Tage Temperatursteigerung bis 38,9. Entlassen am 13. Tage. Vorgestellt

am 20. 3. 1899. Seit der Entlassung Wohlbefinden, Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr seit Mitte 1894 nur selten, verheiratet April 1896. Nächste Entbindung Januar 1897, weitere Januar 1898, Wochenbetten ungestört. Keine Klagen.

Uterus antevertiert, klein, beweglich, Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 11. H., Auguste, 23 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 23. 3. 1893. Am 3. und 5. Tage Temperatursteigerung bis 38,8. Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 29. 12. 1898. Allgemeinbefinden gut. Nächste Geburt Oktober 1895, weitere November 1896. Wochenbetten ungestört. Jetzt Wohlbefinden, Periode in Ordnung.

Uterus anteflectiert, frei beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, frei beweglich.

Fall 12. K., Minna, 23 Jahre alt, Arbeiterin. Drittgebärende. Geburt 26. 3. 1893. Vom 4. bis 19. Tage Temperaturerhöhung bis zu 38,8. Untersuchung in Narkose vor der Entlassung am 61. Tage ergiebt: Tuben nicht verdickt, Uterus lässt sich nicht aufrichten. Ovarien klein, verwachsen. Vorstellung am 4. 3. 1899. Die Schmerzen im Unterleib dauern fort, nach 8 Wochen wird sie operiert, erholt sich erst nach $^1/_4$ Jahr. Von da an bis auf geringe Schmerzhaftigkeit der Periode keine weiteren Beschwerden. Trotz reichlicher Cohabitationen keine weitere Conception.

Uterus anteflectiert, frei beweglich. Beide Tuben schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 13. W., Klara, 19 Jahre alt, Perlnäherin. Erstgebärende. Geburt 1. 4. 1893. Temperatur vom 2. bis 23. Tage bis auf 40,0 erhöht. Bei der Entlassung am 40. Tage ist das Empyem der linken Pleurahöhle, das sich vom 12. Tage post partum an ausgebildet, geheilt. Vorstellung am 28. 2. 1899. Die Beschwerden vom Pleuraempyem hielten noch einige Zeit

an, sonst immer Wohlbefinden. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr wurde bald nach der Entlassung wieder aufgenommen, allerdings nur selten, trotzdem concipierte sie bisher nicht.

Uterus vorn, klein. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, frei beweglich.

Fall 14. L., Lina, 19 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 15. 4. 1893. Vom 4. bis 6. Tage leichte Temperatursteigerung. Entlassen am 11. Tage. Vorstellung am 23. 12. 1899. Ausser einer Schwäche fühlt sich P. nach der Entlassung wohl. Periode schmerzhaft. Verheiratet Oktober 1893. Nächste Entbindung Juli 1894 ohne Fieber, weitere April 1896, wobei sie eine Mastitis durchmachte. Letzte Entbindung März 1899. Jetzt ist sie wieder gravida, der Uterus entspricht dem 3. Monat der Gravidität.

Fall 15. P., Ida, 21 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 22. 4. 1893. Vom 3. bis 7. Tage Temperatursteigerung bis zu 39,4. Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 9. 4. 1899. Nach der Entlassung immer beschwerdefrei, Periode in Ordnung. Verheiratet seit Februar 1894. Nächste Entbindung im Juni 1896, weitere September 1897, Wochenbetten ungestört.

Uterus retrovertiert, anteflectiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein.

Fall 16. Sch., Anna, 28 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Fünftgebärende. Geburt 21. 4. 1893. Fieber vom 1. bis 4. Tage bis 39,0. Entlassung am 11. Tage. Vorgestellt am 2. 3. 1899. Nach der Entlassung noch kurze Zeit Schmerzen im Kreuz. Periode regelmässig. Geschlechtlicher Verkehr erst 2 Jahre nach der Entbindung aufgenommen. Nächste Entbindung December 1896. Wohlbefinden.

Uterus retroflectiert, nur schwer aufrichtbar. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 17. G., Anna, 18 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 19. 5. 1893. Am 6. und 7. Tage geringe Temperatursteigerung. Entlassen am 21. Tage. Vorstellung am 9. 3. 1899. Geschlechtlicher Verkehr erst seit 2 Jahren wieder aufgenommen. Jetzt Gravidität. Beschwerdefrei, Periode in Ordnung. Der Uterus entspricht an Grösse einer Gravidität von 3 Monaten.

Fall 18. Sch., Emma, 20 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 18. 6. 1893. Vom 5. bis 7. Tage leichte Temperatursteigerung. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 20. 3. 1899. Geschlechtlicher Verkehr hat seither nicht stattgefunden. Befinden immer gut. Periode in Ordnung.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 19. R., Elise, 28 Jahre alt, Falzerin. Drittgebärende. Geburt 28. 6. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 11. Tage. Geschlechtlicher Verkehr mit demselben Manne, von dem sie das letzte Kind hatte, hat immer stattgefunden, aber unter Vorsichtsmassregeln. Nächste Entbindung Januar 1898. Hat nie Klagen gehabt. Periode in Ordnung. Vorstellung am 20. 3. 1899. Untersuchung verweigert.

Fall 20. S., Anna, 31 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 3. 7. 1893. Vom 9. bis 32. Tage Temperatursteigerung bis 40,0. Entlassen am 34. Tage. Vorstellung am 20. 12. 1898. Immer beschwerdefrei. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr in den ersten Jahren nur selten. Nächste Entbindung Juni 1897, jetzt erneute Gravidität.

Scheide aufgelockert. Vorliegender Teil mit Gegendruck zu erreichen. Uterus entsprechend dem 6. Monat, 1. Schädellage, Kind lebt.

Fall 21. B., Wilhelmine, 29 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 10. 7. 1893. Am 2. und 3. Tage geringe Temperatursteigerung. Entlassung am 14. Tage. Vorstellung am 22. 3. 1899. Seit Entlassung immer Wohlbefinden. Periode in Ordnung. Ausser in der ersten Zeit nach der Entbindung und vor 2 Jahren, aber nur kurze Zeit, hat kein geschlechtlicher Verkehr stattgefunden. Keine weitere Conception.

Uterus retroflectiert, aufrichtbar, klein. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 22. B., Marie, 25 Jahre alt, Dienstmagd. Drittgebärende. Geburt 15. 7. 1893. Vom 3. bis 25. Tage Temperatursteigerung bis 40,0. Entlassung am 26. Tage. Vorstellung am 23. 3. 1899. Noch kurze Zeit nach der Entlassung bestehen die Schmerzen im Unterleib fort. Periode regelmässig, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr bestand immer. Im Juni 1898 hat sie einen Abort im 4. Monat durchgemacht. Jetzt keine Beschwerden.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien, klein, beweglich.

Fall 23. S., Selma, 21 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 21. 7. 1893. Vom 5. bis 91. Tage Temperatursteigerung bis 40.1. Entlassen am 137. Tage. 6 Wochen nach der Entlassung Befund: Gebärmutter nach hinten verlagert, fixiert. Beide Parametrien stark verdickt. Die Leib- und Kreuzschmerzen dauerten noch längere Zeit fort. Ein Arzt konstatierte Gebärmutterknickung und legte einen Ring ein. Periode unregelmässig, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr März 1894 wieder aufgenommen. Nächste Entbindung April 1895, im Wochenbett 2 Wochen Fieber und Schmerzen in der linken Seite. Nächste Entbindung Juli 1896, weitere Oktober 1899, beide Male Wochenbetten ungestört. Jetzt bisweilen

Schmerzen in der linken Seite, sonst Wohlbefinden, Periode in Ordnung. Briefliche Mitteilung vom April 1900.

Fall 24. P., Gertrud, 19 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 9. 9. 1893. Vom 4. bis 9. Tage Fieber bis 39,8. Entlassen am 13. Tage. Vorstellung am 2. 3. 1899. Nach der Entlassung keine weiteren Beschwerden. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr wurde bald nach der Entbindung aufgenommen, häufig. Verheiratet seit Februar 1896. Keine Conception.

Uterus retrovertiert, aufrichtbar. Tuben beiderseits schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 25. K., Auguste, 35 Jahre alt, Schmiedsfrau. Sechstgebärende. Geburt 24. 9. 1893. Vom 2. bis 19. Tage Temperatursteigerung bis auf 39,9. Entlassen am 35. Tage. Vorstellung am 4. 3. 1899. Einige Zeit nach Entlassung musste die Abrasio wegen Blutabganges vorgenommen werden. Sonst keine Schmerzen im Unterleibe. Periode in Ordnung. Trotz reichlichen geschlechtlichen Verkehrs in matrimonio keine weitere Conception.

Uterus retroflectiert, fixiert, nicht aufrichtbar. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 26. Z., Wilhelmine, 26 Jahre alt, Technikersfrau. Erstgebärende. Geburt 4. 10. 1893. Vom 2. bis 15. Tage Temperatursteigerung bis auf 39,8. Entlassen am 27. Tage. Vorstellung am 18. 3. 1899. Abgesehen von Schwäche und bisweilen auftretenden Oedemen (Geburt am 4. 10. 1893 war compliciert mit Eklampsie) keine Beschwerden. Periode regelmässig. Trotz reichlichen geschlechtlichen Verkehrs cum marito lange Zeit keine Conception. Nächste Entbindung im Mai 1898 im 7. Monat; im Beginne der Schwangerschaft waren wieder Schwellungen der Beine aufgetreten. Wochenbett ungestört. Untersuchung verweigert.

Fall 27. Sch., Emma, 20 Jahre alt, Schneiderin. Erstgebärende. Geburt 5. 10. 1893. Vom 2. bis 14. Tage Temperatursteigerung bis 39,6. Entlassung am 20. Tage. Briefliche Mitteilung am 15. 4. 1899. Nach der Entlassung haben die Schmerzen noch ca. $^1/_4$ Jahr angehalten. Geschlechtlicher Verkehr in den ersten Jahren nur äusserst selten. Verheiratet seit Mai 1898. Nächste Entbindung Februar 1899. Jetzt Periode regelmässig, schmerzhaft. Sonst keine Beschwerden.

Fall 28. G., Auguste, 25 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 25. 10. 1893. Vom 2. bis 32. Tage Temperatursteigerung bis 40,3. Entlassung am 40. Tage. Vorstellung am 27. 1. 1899. Nach der Entlassung fieberte sie noch drei Wochen. Periode regelmässig, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr hat immer stattgefunden, trotzdem keine weitere Gravidität.

Uterus retroflectiert, klein. Tuben schlank, Ovarien klein.

Fall 29. T., Selma, 26 Jahre alt, Dienstmagd. Drittgebärende. Geburt 29. 10. 1893. Am 10. und 11. Tage Fieber bis 40,6. Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 23. 12. 1899. Hat sich immer wohl gefühlt. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr kurz nach der Entlassung wieder aufgenommen, trotzdem lange Zeit keine Conception. Nächste Entbindung im Juli 1899. Untersuchung verweigert.

Fall 30. P., Albertine, 25 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 6. 11. 1893. Sechs Wochen lang Fieber bis 40,6. Entlassen am 60. Tage mit Befund: Auf der linken Darmbeinschaufel ein etwa faustgrosses, sehr derb sich anfühlendes Exsudat, welches auf Druck nicht schmerzhaft ist. Im rechten Parametrium ein hühnereigrosses Exsudat. Uterus klein, sinistroponiert, anteflectiert. Briefliche Mitteilung Februar 1901. Seit der Entlassung immer Wohlbefinden. Periode in Ordnung.

Seit Anfang 1898 verheiratet Nächste Entbindung December 1899, Wochenbett ungestört.

Fall 31. L., Cölestine, 31 Jahre alt, Arbeiterin. Viertgebärende. Geburt 8. 11. 1893. Eine Woche Fieber bis 39,9. Entlassen am 15. Tage. Vorstellung am 13. 3. 1899. Nach der Entlassung Schmerzen im Unterleib, Periode bei angestrengter Arbeit unregelmässig, schmerzhaft. Wegen dieser Beschwerden muss sie sich 1894 $^1/_2$ Jahr ins Krankenhaus begeben; keine Besserung. Seit Mai 1895 geschlechtlicher Verkehr mit ihrem Manne, keine Conception.

Uterus antevertiert, klein, beweglich. Tuben beide schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 32. M., Pauline, 27 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 11. 11. 1893. Vom 2. bis 27. Tage Temperatursteigerung bis 40,4. Entlassen am 32. Tage. Vorstellung am 21. 12. 1898. Fühlt sich seit Entlassung immer wohl. Nächste Entbindung December 1894, weitere Mai 1896 und Juni 1898; Wochenbett immer ungestört. Untersuchung verweigert.

Fall 33. H., Anna, 20 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 11. 11. 1893. Vom 2. bis 20. Tage Fieber bis 40,6. Entlassug am 33. Tage. Vorstellung am 11. 4. 1899. Hat bisher keine Klagen gehabt. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr soll bisher noch nicht wieder stattgefunden haben. Untersuchung verweigert.

Fall 34. K., Anna, 25 Jahre alt, Nähterin. Erstgebärende. Geburt 12. 11. 1893. Vom 6. bis 11. Tage Temperatur bis auf 38,7 gesteigert. Entlassen am 14. Tage. Vorstellung am 11. 4. 1899. Immer beschwerdefrei. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr seit Anfang 1894. Herbst 1894 Frühgeburt im 7. Monat. Nächste Entbindung abermals Frühgeburt

mit $7^1/_2$ Monaten im December 1895. Seitdem Cohabitationen unter Vorsichtsmassregeln.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, linkes Ovarium etwas vergrössert, rechtes klein.

Fall 35. W., Marie, 26 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Viertgebärende. Geburt 25. 11. 1893 Vom 4. bis 59. Tage hohes Fieber. Entlassen am 65. Tage mit derbem Infiltrat im linken Parametrium. Vorstellung am 28. 3. 1899. Nach der Entlassung noch 8 Wochen arge Beschwerden in der linken Seite bis zur Verheilung der Wunde; erst nach einem Jahre fühlte sie sich ganz gesund. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr 10 Wochen nach der Entlassung wieder aufgenommen, anfänglich nur selten. Nächste Entbindung Anfang 1896 ohne Fieber. Weitere Geburten December 1896, Februar 1898 und Februar 1899, immer mit ungestörten Wochenbetten. Jetzt ganz gesund. Untersuchung verweigert.

Fall 36. Sch., Minna, 18 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 30. 11. 1893. Temperatursteigerung vom 5. bis 8. Tage bis auf 40,0. Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 17. 3. 1899. Hat sich immer wohl gefühlt. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr bestand bis Anfang 1897 nicht. Nächste Geburt Januar 1898, wonach sich Blutungen einstellten, derentwegen sie sich in poliklinische Behandlung gab; dortiger Befund: Uterus antevertiert, flectiert. Subinvolutio uteri; Behandlung: Secale cornutum und Stypticin. Nach vier Wochen keine Beschwerden mehr. Jetzt wieder Gravidität. Uterus entspricht an Grösse dem 6. bis 7. Monat.

Fall 37. J., Marie, 20 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 30. 11. 1893. Vom 7. bis 45. Tage Temperatursteigerung bis auf 40,6. Entlassen am 56. Tage mit einem faustgrossen Exsudat links vom Uterus. Vorstellung am 2. 3. 1899. Immer beschwerdefrei. Periode in Ordnung. Geschlecht-

licher Verkehr bald nach der Entlassung wieder aufgenommen. Nächste Entbindung November 1895. Jetzt besteht Gravidität im 10. Monat.

Fall 38. L., Martha, 21 Jahre alt, Schneiderin. Zweitgebärende. Geburt 17. 12. 1893. Vom 4. bis 6. Tage leichte Temperatursteigerung. Entlassen am 12. Tage. Briefliche Mitteilung vom 25. 3. 1899. Nach der Entlassung noch einige Wochen Schmerzen im Leib. Periode regelmässig. Geschlechtlicher Verkehr Herbst 1894 wieder aufgenommen. Nächste Entbindung Ende 1895, ausserdem noch zwei weitere normale und zwei Fehlgeburten ohne Fieber. Jetzt hat sie keine Beschwerden.

Fall 39. F., Marie, 31 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 17. 12. 1893. Vom 4. bis 28. Tage Temperatursteigerung bis auf 40,5. Entlassen am 33. Tage. Vorstellung am 22. 3. 1899. Immer ohne Beschwerden. Periode in Ordnung. Trotz reichlichen geschlechtlichen Verkehrs keine weitere Conception.

Uterus etwas vergrössert, anteflektiert, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 40. F., Anna, 19 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 28. 12. 1893. Vom 4. bis 13. Tage Temperatursteigerung bis 40,5. Entlassen am 19. Tage. Vorstellung am 29. 4. 1899. Seit der Entlassung keine weiteren Beschwerden. Periode regelmässig, schmerzhaft. Cohabitation nur äusserst selten. Nächste Entbindung Januar 1896. Jetzt Periode unregelmässig, schmerzhaft.

Uterus anteflektiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein.

Fall 41. R., Anna, 25 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 11. 1. 1894. Vom 6. bis 10. Tage Temperatursteigerung bis 38,8. Entlassen am 12. Tage. Vor-

stellung am 9. 3. 1899. Seit der Entlassung immer beschwerdefrei. Periode in Ordnung. Mai 1894 verheiratet. Nächste Geburt Oktober 1897.

Uterus klein, vom, beweglich. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 42. W., Elisabeth, 25 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 12. 1. 1894. Vom 4. bis 28. Tage Temperatur bis auf 39,8 gesteigert. Entlassen am 36. Tage mit Verdickung der linken Tube und Schmerzhaftigkeit des linken Ovariums. Vorstellung am 18. 3. 1899. Die Schmerzen, besonders der linken Seite, haben nicht mehr nachgelassen. Periode immer schmerzhaft. Nächste Entbindung August 1895, 3 Monate Fieber und Schmerzen im Unterleib.

Uterus anteflektiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein.

Fall 43. W., Marie, 19 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 18. 1. 1894. Vom 5. bis 7. Tage leichte Temperatursteigerung. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 28. 3. 1899. Seit der Entlassung keine weiteren Beschwerden. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr erst ein Jahr nach der Entbindung wieder aufgenommen. Nächste Entbindung März 1896, weitere Februar 1897, beide ohne Fieber. Seit Juli 1897 kein weiterer geschlechtlicher Verkehr. Untersuchung verweigert.

Fall 44. B., Anna, 28 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 19. 11. 1894. Am 4. und 5. Tage leichte Temperatursteigerung. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 23. 3. 1899. Immer beschwerdefrei. Periode in Ordnung. Cohabitationen bald nach der Entbindung wieder aufgenommen. Nächste Geburt April 1895 ohne Fieber. Vor einigen Tagen ist sie gefallen und seitdem Schmerzen im Leib und Kreuz, besonders während der Periode.

Uterus anteflektiert, beweglich, vergrössert. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, frei beweglich.

Fall 45. B., Margarethe, 25 Jahre alt, Bahnarbeitersfrau. Drittgebärende. Geburt 19. 2. 1894. Vom 4. bis 14. Tage Temperatursteigerung bis auf 40,3. Entlassen am 18. Tage. Vorgestellt am 23. 3. 1897. Niemals Beschwerden. Periode in Ordnung. Nächste Entbindung Juli 1895, weitere Oktober 1896 und Januar 1898 ohne Störung des Wochenbettes.

Uterus etwas vergrössert, vorn, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 46. M., Ida, 20 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 25. 2. 1894. Am 5. und 6. Tage leichte Temperatursteigerung. Entlassen am 12. Tage. Briefliche Mitteilung vom 25. 3. 1899. Nach der Entlassung hielten die Schmerzen im Kreuz noch einige Wochen an, seitdem beschwerdefrei. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr erst Ende 1895 wieder aufgenommen. Nächste Entbindung Oktober 1896, weitere August 1898 ohne Fieber.

Fall 47. H., Martha, 26 Jahre alt, Hoteliersfrau. Erstgebärende. Geburt 22. 3. 1894. Fieber vom 4. bis 59. Tage. Entlassen am 65. Tage mit leichten Verdickungen in beiden Parametrien. Vorstellung am 9. 3. 1899. Die Beschwerden hielten noch ca. 8 Wochen an. Periode in Ordnung. Nächste Entbindung Juli 1895, weitere Weihnachten 1896. Seit der letzten Geburt Ausfluss und unregelmässige, schmerzhafte Periode.

Uterus anteflektiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 48. H., Marie, 21 Jahre alt, Wirtschafterin. Zweitgebärende. Geburt 2. 2. 1894. Vom 4. bis 7. Tage Temperatursteigerung bis auf 40,3. Entlassen am 14. Tage. Vorstellung am 24. 3. 1899. Noch längere Zeit nach Entlassung Schmerzen

im Leib und Kreuz, besonders während des Menses. Geschlechtlicher Verkehr Mai 1895 wieder aufgenommen, aber nur selten. Nächste Entbindung Januar 1898. Jetzt erneute Gravidität.

III. Verlauf nach Endometritis puerperalis saprica.

Fall 1. M., Lina, 23 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 14. 1. 1893. Leichte Temperatursteigerung vom 4. bis 8. Tage. Entlassung am 20. Tage. Vorstellung am 13. 3. 1899. Schmerzen in der linken Seite des Leibes nach 5 Wochen. Periode regelmässig, schmerzhaft, verheiratet November 1894. Nächste Entbindung Januar 1895, danach 14 Tage lang Blutung. Seit der Zeit drei Aborte und zwar 1898 mit 5 Monaten, 1897 mit 3 und Februar 1899 mit 2 Monaten. Jetzige Klagen: Drängen nach unten, Kreuzschmerzen.

Uterus anteflektiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank. Linkes Ovarium klein, rechtes vergrössert.

Fall 2. F., Minna, 21 Jahre alt, Köchin. Zweitgebärende Geburt 27. 1. 1893. Am 4. bis 6. Tage leichtes Fieber. Entlassung am 10. Tage. Vorstellung am 8. 3. 1899. Keine weiteren Beschwerden. Periode in Ordnung. Seit 4 Jahren verheiratet. Nächste Entbindung im August 1895, weitere Juni 1897, ohne Fieber. Jetzt Graviditas im 4. Monat.

Fall 3. Sch., Anna, 17 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 10. 2. 1893. Vom 3. bis 9. Tage Temperatursteigerung bis auf 39,2. Entlassung am 14. Tage. Briefliche Mitteilung vom Juli 1899. Fühlt sich immer wohl. Periode in Ordnung. Verheiratet Ostern 1897. Nächste Entbindung Februar 1899.

Fall 4. H., Emilie, 35 Jahre alt, Arbeiterin. Viertgebärende. Geburt 19. 2. 1893. Am 5. und 6. Tage leichtes Fieber. Entlassung am 11. Tage. Vorstellung am 10. 3. 1899. Nach der Entlassung keine Schmerzen. Geschlechtlicher Ver-

kehr bald nach der Entlassung wieder aufgenommen. Nächste Entbindung Oktober 1894, weitere April 1896 ohne Störung des Wochenbetts. Jetzt Graviditas im 5. Monat.

Fall 5. G., Emma, 20 Jahre alt, Puella publica. Erstgebärende. Geburt 19. 2. 1893. Vom 2. bis 5. Tage Temperatursteigerung bis auf 39,2. Entlassung am 11. Tage. Briefliche Mitteilung vom 15. 3. 1899. Allgemeinbefinden nie gestört. Periode regelmässig. Cohabitationen bald nach der Entlassung überaus häufig. Keine Conception.

Fall 6. R., Emilie, 27 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 8. 5. 1893. Vom 8. bis 10. Tage Fieber bis 39,1. Entlassen am 13. Tage. Vorstellung am 9. 3. 1899. Nur wenige Tage noch schwach, dann Wohlbefinden. Periode unregelmässig, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr beständig. Nächste Geburt Dezember 1897, im Wochenbett Fieber. Jetzige Klagen: Stechen in der rechten Seite des Unterleibes. Schmerzen bei der Blutung.

Uterus vorn, klein, beweglich. Rechts vom Uterus ein emueigrosser Tumor, der wenig beweglich ist. Tube auf kurze Strecke schlank. Linke Tube schlank, Ovarium klein, beweglich.

Fall 7. P., Marie, 27 Jahre alt, Buchbindersehefrau. Fünftgebärende. Geburt 30 5. 1893. Temperatursteigerung vom 14. bis 20. Tage bis auf 39,6. Entlassen am 31. Tage. Wegen Schwäche von der geburtshilflichen Station nach dem Krankenhause verlegt, wo erneut hohes Fieber auftrat. Nach siebenwöchentlicher Behandlung lassen die Beschwerden nach Periode in Ordnung. Nächste Entbindung April 1894, im Wochenbett 8 Tage Fieber. Trotz häufigen geschlechtlichen Verkehrs koncipierte sie erst im Oktober 1898 wieder. Jetzt hat sie keine Klagen. Es besteht Syphilis. Gravidität im 5. Monat.

Fall 8. H., Hedwig, 22 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 31. 5. 1893. Am 6. und 7. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 10. Tage. Briefliche Mitteilung am 15. 2. 1899. 1/4 Jahr lang bestanden noch die Schmerzen im Leib fort, seitdem ohne Beschwerden. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr kurz nach der Entlassung wieder aufgenommen, verheiratet Ende 1894. Nächste Entbindung Januar 1899 mit Fieber im Wochenbett. Jetzt keine Beschwerden.

Fall 9. F., Lina, 26 Jahre alt, Näherin. Zweitgebärende. Geburt 7. 6. 1893. Am 4. und 5. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 11. Tage. Vorstellung am 12. 4. 1899. Nach der Entlassung noch 4 Wochen Schmerzen in der rechten Seite. Periode unregelmässig, schmerzhaft. Sie musste wegen der Schmerzen öfters zu Sänger in Behandlung gehen. Laut Krankenblatt von Sänger: Infectio gonorrhoica, vulvitis, kolpitis, endometritis, salpingoperioophoritis duplex subacuta. Die Beschwerden nehmen zu, sodass am 27. 7. 1895 die Operation vorgenommen werden musste und zwar: Salpingo-oophorectomia duplex, ventrifixatio uteri. Verlauf gestört durch Fadeneiterung und Stumpfexsudat. Blut seit Herbst 1898, aber ganz unregelmässig. Seit einiger Zeit öfters Schmerzen im Unterleib. Geschlechtlicher Verkehr bestand in den ersten Jahren; keine Conception.

Uterus anteflectiert, etwas fixiert, klein. Adnexe lassen sich nicht abtasten.

Fall 10. Q., Emma, 23 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 2. 7. 1893. Vom 4. bis 8. Tage Temperatursteigerung bis auf 39,8. Entlassen am 13. Tage. Vorstellung am 20. 3. 1899. Nach der Entlassung 1/4 Jahr lang heftige Schmerzen im Leib und Kreuz, sodass sie Aufnahme im Vereinshause finden musste. Periode unregelmässig, schmerzhaft. Wegen der immer wieder auftretenden Schmerzen im

Leibe musste sie in jedem Jahre ins Bad. Ein Badearzt konstatierte retroflexio uteri und legte einen Ring ein. Geschlechtlicher Verkehr bestand bis zum September 1898 nicht. Jetzt besteht Gravidität im 6. Monat.

Fall 11. G., Wilhelmine, 21 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 30. 7. 1893. Vom 2. bis 14. Tage Temperatursteigerung bis auf 39,5. Entlassung am 15. Tage. Vorstellung am 9. 3. 1899. 2 Monate lang nach Entlassung beschwerdefrei, von da ab fühlt sie sich nur selten wohl, von Zeit zu Zeit treten heftige Schmerzattacken im Unterleibe auf. Periode ganz unregelmässig, sehr schmerzhaft. Keine Conception.

Uterus retrovertiert, klein, beweglich. Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 12. H., Auguste, 39 Jahre alt, Sattlersfrau. Sechzehntgebärende. Geburt 5. 8. 1893. Vom 2. bis 14. Tage Fieber bis 40.0. Entlassen am 15. Tage. Briefliche Mitteilung vom Februar 1901. Nach der Entlassung keine weiteren Schmerzen. Blutung unregelmässig. Keine weitere Gravidität. Jetzt Menopause.

Fall 13. H., Meta, 24 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 30. 7. 1893. Vom 2. bis 10. Tage Temperatur bis auf 39,7 gesteigert. Entlassen am 15. Tage. Vorstellung am 4. 3. 1899. Keine weiteren Schmerzen im Unterleib. Periode in Ordnung. Sie hat viel Beschwerden von Seiten der Lunge, in letzter Zeit öfters Lungenbluten. Geschlechtlicher Verkehr hat seitdem nicht stattgefunden.

Uterus anteflectiert, klein. Tuben beiderseits schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 14. P., Martha, 21 Jahre alt, Arbeiterin. Zweitgebärende. Geburt 2. 10. 1893. Am 2. und 3. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 10. Tage. Briefliche Mitteilung am

24. 12. 1899. Immer beschwerdefrei. Periode in Ordnung. Verheiratet seit Pfingsten 1897. Nächste Entbindung April 1899.

Fall 15. Sch., Anna, 21 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 18. 10. 1893. Vom 4. bis 11. Tage Temperatursteigerung bis auf 40,0. Entlassen am 14. Tage. Vorstellung am 19. 3. 1899. Nach der Entlassung noch $^1/_4$ Jahr bettlägerig mit Schmerzen im Kreuz, nach Angabe des Kassenarztes retroflexio. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr erst August 1896 wieder aufgenommen. Nächste Entbindung 1898 ohne Fieber. Seitdem Periode schmerzhaft, unregelmässig.

Uterus retroponiert, antevertiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 16. M., Emilie, 35 Jahre alt, Stellenvermittlerin. Zehntgebärende. Geburt 6. 11. 1893. Vom 2. bis 6. Tage Temperaturerhöhung bis auf 40,2. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 23. 2. 1901. Immer beschwerdefrei, Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr nur selten. Nächste Geburt 1896, ohne Fieber, seitdem keine weitere Conception. Untersuchung verweigert.

Fall 17. L., Emilie, 27 Jahre alt, Lehrerin. Zweitgebärende. Geburt 18. 11. 1893. Am 2. und 3. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 10. Tage. Briefliche Mitteilung vom Stationsarzte des Stadtkrankenhauses Borna: Wenige Tage nach Entlassung Fieber und Unterleibsbeschwerden, sodass sie mehrere Wochen in ärztlicher Behandlung sein musste. Periode bis Anfang 1900 in Ordnung, seitdem unregelmässig, schmerzhaft, gering. Seit November 1898 wegen geistiger Beschränktheit sowie incontinentia urinae und Blasenkatarrh als Versorgte im Stadtkrankenhause Borna. Keine weitere Conceptio.

Fall 18. M., Anna, 24 Jahre alt, Näherin. Erstgebärende. Geburt 19. 10. 1893. Am 6. und 7. Tage leichtes Fieber.

Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 13. 3. 1899. Nach Entlassung noch 4 Monate heftige Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Periode regelmässig, sehr schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr erst seit der Verheiratung im Oktober 1898. Jetzt besteht Gravidität im 5. Monat.

Fall 19. M., Pauline, 28 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 12. 7. 1894. Vom 2. bis 4. Tage leichtes Fieber. Entlassung am 10. Tage. Vorstellung am 14. 3. 1899. Allgemeinbefinden nach der Entlassung gut, bald verspürte sie ein Drängen nach unten. Periode unregelmässig, schmerzhaft. Nächste Entbindung August 1895. Einige Zeit danach wieder Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Nächste Entbindung September 1896, weitere November 1898; bei letzterer wie bei der Schwangerschaft 1895 hatte sie Beschwerden mit dem Wasserhalten. Untersuchung verweigert.

Fall 20. S., Marie, 19 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 29. 10. 1893. Am 7. und 8. Tage Temperatursteigerung bis auf 39,6. Entlassung am 11. Tage. Vorstellung am 25. 3. 1899. Ausser einer Mastitis nach Entlassung keine Beschwerden. Periode unregelmässig. Geschlechtlicher Verkehr bald nach der Entlassung wieder aufgenommen. Nächste Entbindung Mai 1895, weitere Mai 1897, ohne Fieber. Jetzt ist sie gravida im 6. bis 7. Monat.

Fall 21. B., Lina, 23 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 2. 12. 1893. Vom 4. bis 11. Tage Temperatursteigerung. Entlassen am 14. Tage. Briefliche Mitteilung vom 11. 8. 1899. Nach der Entlassung noch 6 Monate heftige Unterleibsbeschwerden. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr erst Anfang 1896 wieder aufgenommen. Nächste Geburt April 1897, weitere Juni 1899. Jetzt beschwerdefrei.

Fall 22. G., Johanne, 18 Jahre alt, Kellnerin. Erstgebärende. Geburt 4. 12. 1893. Vom 1. bis 7. Tage Tem-

peraturerhöhung bis auf 39,4. Entlassen am 13. Tage mit Befund: Uterus schlecht zurückgebildet, retrovertiert, lässt sich aufrichten. Adnexe und Parametrien frei. Im Urethraleiter zahlreiche Gonococcen, im Cervicalsecret keine Gonococcen. Vorgestellt am 27. 3. 1899. Nach der Entlassung stellten sich Kreuzschmerzen und Drängen nach unten ein. Nach 10 Tagen konstatierte ein Arzt Gebärmuttersenkung. Ausfluss besteht unaufhörlich bis jetzt. Periode unregelmässig, sehr schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr bestand reichlich, trotzdem keine erneute Conception. Jetzige Beschwerden: Unregelmässige, schmerzhafte Periode. Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes. Vor 2 Jahren in Freiberg wegen Unterleibsleidens in Behandlung.

Im Cervixsekret sind keine Gonococcen gefunden worden. Vaginalschleimhaut gerötet. Bartholini'sche Drüsen verdickt. Uterus retroflectiert, lässt sich nur etwas aufrichten und zieht das hintere Scheidengewölbe mit nach vorn. Vor dem Uterus liegt ein etwa gänseeigrosser, elastischer Tumor, welcher sich nach rechts herüber bewegen lässt und durch die rechte, über kleinfingerdicke Tube mit dem Uterus in Zusammenhang steht. Linke Tube und Ovarium ist in ein Convolut von Tumoren verwandelt von etwa Walnussgrösse; Tube und Ovarium lassen sich nicht isoliert austasten, sind auf dem Beckenboden verwachsen.

Fall 23. Sch., Anna, 24 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Erstgebärende. Geburt 10. 12. 1893. Vom 2. bis 6. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 10. Tage. Vorstellung am 10. 3. 1899. Nach Entlassung noch kurze Zeit Unterleibsschmerzen. Periode regelmässig, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr seit einem Jahre reichlich, trotzdem keine Conception. Jetzt beschwerdefrei.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Tuben schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 24. H., Marie, 25 Jahre alt, Markthelfersfrau. Erstgebärende. Geburt 27. 12. 1893. Vom 8. bis 10. Tage geringes Fieber. Entlassen am 14. Tage. Vorgestellt am 10. 3. 1899. Nach Entlassung noch 6 Wochen Schmerzen im Unterleib. Periode in Ordnung. Nächste Entbindung März 1895, weitere November 1896, März 1898 ohne Fieber. Januar 1899 Abort im 2. Monat.

Uterus antevertiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 25. K., Clara, 20 Jahre alt, Verkäuferin. Erstgebärende. Geburt 6. 1. 1894. Am 3. und 4. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 10. Tage. Vorgestellt am 11. 3. 1899. Immer beschwerdefrei. Periode unregelmässig, nicht schmerzhaft. Giebt an, bisher keinen geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben. Untersuchung verweigert.

Fall 26. K., Clara, 31 Jahre alt, Feuerwehrfahrersfrau. Erstgebärende. Geburt 10. 12. 1894. Vom 1. bis 7. Tage Temperatursteigerung bis 38,9. Entlassen am 15. Tage. Vorstellung am 11. 3. 1899. Noch über ein Jahr lang Schmerzen im Unterleib. Periode regelmässig, schmerzhaft. Nächste Entbindung Februar 1896. Januar 1898 Abort im 4. Monat. Jetzt noch viel Schmerzen im Leib.

Uterus sinistroponiert, retrovertiert, klein. Beide Tuben schlank. Rechtes Ovarium klein, beweglich. Linkes Ovarium nicht zu fühlen wegen der Narbe eines früheren linksseitigen Cervixrisses.

Fall 27. Z., Emma, 16 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 15. 5. 1894. Vom 1. bis 4. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 31. 7. 1899. Nach Entlassung noch 8 Tage Unterleibsbeschwerden. Periode regelmässig, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr seit $^3/_4$ Jahr

nach der Entbindung regelmässig mehrmals in der Woche. Nächste Entbindung erst April 1899. Jetzt keine Klagen.

Uterus anteflectiert-vertiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 28. H., Pauline, 40 Jahre alt, Schutzmannsfrau. Erstgebärende. Geburt 24. 5. 1894. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 9. Tage. Briefliche Mitteilung vom Ehemann vom 5. 3. 1899. Nach der Entlassung Wohlbefinden. Nächste Entbindung December 1896 ohne Fieber. Im Januar 1898 wurde wegen engen Beckens Frühgeburt eingeleitet. Am 13. Tage des Wochenbetts starb Pat. an Kindbettfieber.

Fall 29. O., 28 Jahre alt, Kaufmannsehefrau. Erstgebärende. Geburt 4. 8. 1894. Vom 2. bis 6. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 13. Tage. Vorstellung am 8. 3. 1899. Allgemeinbefinden immer gut. Keine weitere Schwangerschaft ist matrimonio; der Mann ist schon seit 1880 wegen Geschlechts- und Blasenleidens in Behandlung.

Uterus vorn, klein, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 30. Z., Marie, 27 Jahre alt, Aufwärterin. Zweitgebärende. Geburt 30. 7. 1893. Kein Fieber im Wochenbett. Entlassen am 12. Tage. Vorgestellt am 18. 3. 1899. Anfänglich nach Entlassung keine Beschwerden. Nach 2 Wochen musste wegen Blutung die Abrasio vorgenommen werden. Periode sehr unregelmässig, schmerzhaft. Nächste Entbindung 4. 7. 1895 ohne Fieber. Jetzt gravida im 8. Monat.

Fall 31. B., Babette, 23 Jahre alt, Dienstmagd. Zweitgebärende. Geburt 24. 10. 1893. Vom 3. bis 7. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 13. Tage. Vorstellung am 23. 3. 1899. Nach der Entlassung hielten die Schmerzen im Unterleib noch mehrere Monate an. Ausfluss weisslich, besteht noch jetzt. Periode unregelmässig, schmerzhaft. Geschlechtlicher Verkehr

seit 1897 wieder aufgenommen, häufig; trotzdem erfolgte keine Conception. Jetzige Klagen: Schmerzhafte Menses, Ausfluss.

Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank. Ovarien klein, beweglich.

Fall 32. Sch., Lina, 17 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 12. 11. 1893. Vom 1. bis 7. Tage Temperatursteigerung bis 39,1. Entlassen am 11. Tage. Briefliche Mitteilung vom 17. 4. 1899. Wegen heftiger Schmerzen im Unterleib und eitrigen Ausfluss musste sie wenige Tage nach Entlassung das Krankenhaus aufsuchen; Besserung nach 16 Wochen, Wohlbefinden erst seit 2 Jahren. Periode immer regelmässig, sehr schmerzhaft. Der geschlechtliche Verkehr war immer reichlich, keine weitere Conception.

Fall 33. A., Anna, 19 Jahre alt, Dienstmagd. Erstgebärende. Geburt 18. 1. 1894. Vom 1. bis 10. Tage Temperatursteigerung bis auf 40,9. Entlassen am 14. Tage. Vorstellung am 23. 3. 1899. Bis auf Schmerzen während der Menses keine weiteren Klagen. Geschlechtlicher Verkehr 1895 wieder aufgenommen, nächste Entbindung erst December 1897, weitere im Februar 1899, ohne Fieber.

Uterus noch etwas vergrössert, anteflectiert, beweglich. Beide Tuben schlank, Ovarien klein, beweglich.

Fall 34. K., Antonie, 28 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Zweitgebärende. Geburt 23. 1. 1894. Vom 2. bis 8. Tage Fieber bis 39,0. Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 4. 3. 1899. Immer beschwerdefrei, Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr erst 1896 wieder aufgenommen. Nächste Entbindung September 1897. Jetzt ist sie wieder gravida im 10. Monat.

Fall 35. Sch., Marie, 18 Jahre alt, Arbeiterin. Erstgebärende. Geburt 23. 1. 1894. Vom 3. bis 8. Tage Temperatursteigerung bis 38,8. Entlassen am 9. Tage. Vorgestellt

am 13. 4. 1899. Nach Entlassung noch $^1/_2$ Jahr Schmerzen im Unterleib. Nächste Entbindung im Mai 1895 mit Fieber im Wochenbett. Weitere Geburten März 1896, Juni 1897. $^1/_2$ Jahr danach acquirierte sie vom Manne Syphilis. Jetzt beschwerdefrei. Untersuchung verweigert.

Fall 36. F., Emilie, Maschinennäherin. Zweitgebärende. Geburt 21. 2. 1894. Vom 4. bis 6. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 12. Tage. Vorstellung am 8. 3. 1899. Bis auf schwerden seitens eines Herzfehlers keine weiteren Klagen. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr bald nach Entlassung wieder aufgenommen. Nächste Entbindung erst vor 2 Jahren.

Uterus vorn, klein, frei beweglich. Beide Tuben schlank, rechtes Ovarium klein, frei beweglich. Linkes Ovarium taubeneigross.

Fall 37. K., Margarete, 21 Jahre alt, Kellnerin. Zweitgebärende. Geburt 29. 11. 1894. Geringes Fieber am 2. Tage. Entlassen am 30. Tage mit ulcus durum in der Gegend der Harnröhrenmündung. Im Krankenhause machte sie im Anschluss an die Geburt eine Schmierkur. Briefliche Mitteilung am 23. 12. 1899. Keine weiteren Beschwerden im Unterleibe. Periode in Ordnung. Geschlechtlicher Verkehr reichlich, bald nach Entlassung wieder aufgenommen. Nächste Entbindung März 1899. Jetzt ist sie wieder gravida.

Fall 38. S., Anna, 42 Jahre alt, Schuhmachersehefrau. Neuntgebärende. Geburt 20. 8. 1894. Vom 5. bis 7. Tage leichtes Fieber. Entlassen am 9. Tage. Vorstellung am 13. 4. 1899. Keine weiteren Schmerzen im Unterleib. Periode in Ordnung. Wegen: Prolapsus vagin. ant. et post. totalis. Hypertrophie der vorderen Muttermundslippe. Retroplexio uteri am 18. 6. 1895. Operation: Amputatio labii anterioris portionis uteri. Colpoperineorrhaphia. Ventrofixatio uteri bilate-

ralis (Ligamentfixation)! Bis 2 Jahre nach der Operation noch stechende Schmerzen in der linken Seite. Nächste Entbindung April 1896, weitere Januar 1899, beide ohne Fieber. Jetzt beschwerdefrei.

Prolapsus vaginalis ant. et post. Uterus anteflectiert, klein, beweglich. Beide Tuben schlank. Ovarien klein.

Von den 42 Fällen, bei denen seinerzeit durch bakteriologische Untersuchung eine Endometritis puerperalis gonorrhoica festgestellt wurde, sind im Laufe der 5 — 7 Jahre, während welcher sie nachbeobachtet wurden, 15 steril geblieben, also über $^1/_3$ derselben. Bei Fall 12 und 14 besteht erst seit 1 bezw. $^1/_2$ Jahr wieder geschlechtlicher Verkehr, aber in dieser kurzen Zeit hat die Periode bei ihnen noch nicht ausgesetzt; bei allen anderen wurde der geschlechtliche Verkehr mehr oder weniger bald nach der Entlassung wieder aufgenommen, bei den meisten häufig ausgeführt und zwar immer ohne irgendwelche Vorsichtsmassregeln; ein grosser Teil der Frauen ist schon seit mehreren Jahren verheiratet.

Bis auf Fall 4 geben alle sterilen Frauen seit der früheren Endometritis bestehende Schmerzen im Unterleibe an, die fast durchweg mit schleimig-eitrigem Ausfluss compliciert sind. Ganz abgesehen von den Fällen, in denen die Untersuchung einen positiven Grund für die Sterilität ergab, befinden sich unter ihnen mehrere, bei denen Tuben und Ovarien frei erscheinen, der beständige Ausfluss und die beständigen Schmerzen aber auf eine chronische Endometritis schliessen lassen, sodass daraus eine impotentia concipiendi oder generandi resultiert, andererseits die beständige Sekretion einem Eindringen des Sperma in die Uterushöhle hinderlich ist.

Bei verschiedenen Frauen konnte für die bestehende Sterilität eine directe Ursache festgestellt werden. Im Anschluss an das Wochenbett nahmen in 2 Fällen die Beschwerden derart

zu, dass sie sich zu weiterer Behandlung in die Klinik begeben mussten, wo bei Fall 27 wegen doppelseitiger Pyosalpinx, bei Fall 35 wegen rechtsseitiger die Exstirpation der Tubensäcke vorgenommen werden musste. Bei 4 weiteren Frauen ergab bei der Wiedervorstellung die innere Untersuchung für die bestehende Sterilität Aufschluss in entzündlichen Tumoren und Knickungen und Verwachsungen des Uterus, der Tuben und Ovarien; in Fall 14, 20 und 32 finden wir die Tuben und Ovarien mehr oder weniger in grosse Eitersäcke verwandelt, in Fall 17 ist der Uterus retroflectiert, fixiert, Tuben und Ovarien mit dem Uterus verwachsen. In Fall 1 konnte leider Befund und Art der Operation nicht mehr angegeben werden, doch sprechen die Angaben der Patientin und eine ausgeführte Laparotomie wohl ebenfalls für eine frühere Pyosalpinx. In Fall 23 ist der Mann schon längere Zeit in Behandlung wegen Harnröhrenleidens, ist ausserdem potator strenuus, sodass auch hieraus die Sterilität erklärlich erscheint.

In Fall 25 ist $1^1/_2$ Jahr nach der Wochenbettinfection ein Abort eingetreten, wiederum mit schwerer Störung des Wochenbetts, und seit dieser Zeit ist Pat. nicht wieder schwanger geworden. Auch bei ihr fand sich bei der Nachuntersuchung die Erklärung für die weitere Sterilität in einer Rückwärtsknickung und Verwachsung des Uterus.

Die übrigen 26 Frauen haben wieder concipiert und eine Geburt am Ende der Zeit durchgemacht. Allerdings war der Zeitraum, der bei einem Teile derselben bis zur nächsten Niederkunft verging, trotz häufigen geschlechtlichen Verkehrs, ein auffallend langer. In den Fällen 16, 22 41 und 42 findet die nächste Entbindung nach der überstandenen Endometritis gonorrhoica erst 5 Jahre danach statt, bei 8, 29, 36 nach 4 und bei 3, 37 und 40 nach 3 Jahren. Bei den anderen Frauen ist dagegen bald wieder Conception eingetreten, so sehen wir

4 derselben schon ca. 1 Jahr nach überstandenem Wochenbett wieder niederkommen. Während der ganzen Beobachtungszeit kam 1 Frau 4mal nieder, 10 Frauen 3mal, 7 Frauen 2mal, die übrigen einmal, sodass von den 26 Frauen zusammen 56 Kinder geboren wurden.

Gerade die Fälle, in denen erst nach Verlauf mehrerer Jahre eine erneute Schwangerschaft eingetreten ist, zeigen, dass selbst tiefer gehende Entzündungen gonorrhoischer Natur, wie wir sie gelegentlich in den Entlassungsbefunden noch finden, mit der Länge der Zeit ganz ausheilen können.

Besonders charakteristisch dafür sind Fall 3 und 8. In beiden Fällen wurde durch Punction und bakteriologische Untersuchung ein gonorrhoisches pelviperitonitisches Exsudat festgestellt, beide Patientinnen litten noch lange Zeit nach Ausheilung und Entlassung an den Residuen der Entzündung, und trotzdem erfolgt bei Fall 3 nach 3, bei Fall 8 nach 4 Jahren Schwängerung ein, und beide Frauen haben, nachdem nun einmal der Process zum Stillstand gekommen war, in kurzen Zwischenräumen 2 resp. 3 weitere Entbindungen durchgemacht.

Bei einzelnen Frauen trat nach einmal überstandener puerperaler gonorrhoischer Endometritis in den Wochenbetten der darauf folgenden ganz normalen Geburten jedesmal wieder Fieber ein, wie dies besonders charakteristisch Fall 10 und 21 zeigen, in denen sich in jedem den 3 normalen Geburten folgenden Puerperien wieder Fieber einstellte.

Mit nur ganz wenigen Ausnahmen klagen die Frauen, besonders in der ersten Zeit nach der gonorrhoischen Endometritis, über Störungrn der Menstruation. Neben dem zeitweiligen Aussetzen der Menses findet man gewöhnlich Unregelmässigkeit der Zwischenräume, Verstärkung der Blutung nach Zeit und Menge und besonders die mehr oder weniger ausgesprochenen

dysmenorrhoischen Beschwerden, die oft zwischen den einzelnen Intervallen ohne Unterbrechung fortbestehen.

Zum Vergleiche, welche Aussichten eine Frau nach einmal überstandener gonorrhoischer Gebärmutterentzündung im Wochenbett für die weiteren Generationsvorgänge hat, wollen wir nun auch die anderen Wochenbettinfektionen herausziehen. Welchen Einfluss übt zunächst eine frühere Endometridis puerperalis septica aus?

Von den 48 Frauen mit Streptococceninfection sind in der fünfjährigen Beobachtungszeit 13 Frauen, also über $^1/_4$ steril geblieben. Davon müssen wir allerdings 3 in Abzug bringen, weil 2 den geschlechtlichen Verkehr überhaupt noch nicht wieder aufgenommen haben und eine Weitere vor zwei Jahren nur ganz vorübergehend cohabitiert hat.

Bei einem Teile der übrigen 10 Frauen ergaben die Ermittelungen und Untersuchungsbefunde eine Aufklärung für die Sterilität. Fall 12 kam 8 Wochen nach der Entlassung wegen Retroflexio uteri fixati zur Operation in der Klinik; es wurde die ventrifixura uteri gemacht und dabei festgestellt, dass die Tuben beiderseits verdickt und der Pavillon der Tube beiderseits verschlossen war. Ein weiterer Grund für das Ausbleiben einer erneuten Schwangerschaft ergab sich für die Fälle 24, 25 und 28, bei denen die innere Untersuchung eine Retroflexio uteri fixati ergab. Leider konnten die Fälle 7 und 31 nicht zur Untersuchung kommen, die im Anschluss an das damalige Fieber beständig an heftigen Schmerzen im Unterleibe gelitten haben und öfters zu einer Behandlung das Krankenhaus aufsuchen mussten.

Bei Fall 13 scheint eine Verallgemeinerung der Infektion vom uterus aus stattgefunden zu haben; die Frau bekam im Anschluss an die Wochenbettsinfektion ein Streptococcenempyem, das zur Entleerung des Eiters eine Thoracocenthese notwendig

machte. Bei Fall 8 könnte vielleicht die Adipositas nimia den Grund zur Sterilität abgeben. Für Fall 4 und 39 liess sich nichts eruieren, weshalb eine weitere Conception nicht erfolgte.

In den Fällen 6, 22 und 34 trat in der Folgezeit ein oder zweimal Abort ein, der sich zum Teil durch eine bei der Untersuchung bestehende Endometritis erklären lässt.

In den übrigen 32 Fällen trat nach kurzem oder längerem Intervall wieder Conception und rechtzeitige Geburt ein. Wenn ein grosser Teil der Frauen erst verhältnismässig spät concipierte, so lag das zumeist daran, dass sie erst sehr spät wieder geschlechtlichen Verkehr aufnahmen. Im ganzen waren diese 32 Frauen in der Zeit der 5 Jahre 66 mal gravid.

Ein regelmässig bei den folgenden Wochenbetten sich einstellendes Fieber liess sich bei dieser Beobachtungsreihe nicht konstatieren. Recht günstig waren bei all diesen Frauen die Verhältnisse der Menstruation, nur ganz vereinzelt wurden dysmenorrhoische Beschwerden geklagt. Mit nur wenigen Ausnahmen waren die Patientinnen vom Tage der Entlassung an beschwerdefrei.

Wie steht es nun mit der Reihe von Patientinnen, bei denen im Anschluss an die letzte Geburt eine Endometritis saprica festgestellt wurde? Von den 38 Frauen, die im Laufe der letzten 5 Jahre nachbeobachtet wurden, haben 12 bisher nicht wieder concipiert. Bei $^2/_3$ dieser sterilen Frauen können wir aber der Infektion mit Fäulnisbakterien keine Schuld beilegen. Fall 13 und 25 fallen weg, weil bei beiden bisher ein geschlechtlicher Verkehr noch nicht wieder aufgenommen worden ist, ebenso Fall 17, da diese Patientin sich schon seit vielen Jahren wegen geistiger Beschränktheit in einem Krankenhause befindet. In Fall 29 hat die Frau seit ihrer Entlassung nicht die geringsten Beschwerden wieder gehabt, weder Leib- und Kreuzschmerzen, noch Ausfluss, noch Schmerzen bei der Men-

struation, dagegen ist der Mann schon seit 20 Jahren wegen Harnröhrenleidens in Behandlung.

Ferner wären noch die Fälle 5, 9, 11, 22 aus dieser Reihe zu streichen. Fall 9 betrifft eine Frau, die bald nach der Operation mit heftigen Schmerzen im Unterleib erkrankte, sich zu Sänger in Behandlung gab, wo eine gonorrhoische vulvitis, kolpitis, endometritis, salpingo-oophoritis duplex diagnosticiert wurde, wie aus den in liebenswürdigster Weise zur Einsicht gegebenen Krankheitsblättern ersichtlich ist. Wegen zunehmender Beschwerden wurde ein Jahr später die doppelseitige Salpingo-oophorectomie ausgeführt. Im Fall 22 waren schon während des Wochenbettes im Urethralsekret Gonococcen nachzuweisen, Schmerzen und Ausfluss haben seither immer bestanden, sodass die Rötung der Vaginalschleimhaut, Verdickung der Bartholinischen Drüsen und die zu beiden Seiten des fixierten Uterus befindlichen Tumoren wohl auf Kosten einer ascendierten Gonorrhoe zu schreiben sind. Im Falle 11 scheint die Frau 2 Monate nach ihrer Entbindung, bis zu welchem Zeitpunkt sie ohne alle Beschwerden war, eine frische Gonorrhoe acquiriert zu haben, an deren Folgen sie noch heute zu leiden hat. Fall 5 endlich betrifft eine puella publica, die bald nach ihrer Entlassung wieder zu ihrem Berufe zurückkehrte, wobei sie sicherlich nach kürzerer oder längerer Zeit eine Gonorrhoe acquiriert haben wird.

So bleiben noch drei Fälle, bei denen nach einer Infection des Endometriums mit Fäulnisbakterien keine weitere Conception erfolgte. Bei keiner der übrigen hat sich an die Endometritis ein Abort angeschlossen.

Die 26 Frauen machten ihre nächste Geburt mit Ausnahme von 9 unter 2 Jahren verhältnismässig spät durch, 6 erst nach 5 oder 6 Jahren. Im ganzen haben die 26 Frauen bisher 50 Geburten gehabt.

Auffallend häufig werden im Anschluss an das Wochenbett noch einige Wochen oder Monate bestehende Schmerzen im Unterleib, sowie Unregelmässigkeit und Schmerzhaftigkeit der Periode geklagt. Doch erfreuen sich fast alle diese Frauen nach Ablauf eines Jahres der besten Gesundheit.

Die Zahl der untersuchten resp. beobachteten Fälle ist zwar in jeder der drei Reihen nur klein, aber der Unterschied zwischen dem Verhalten nach puerperaler Infection des Endometriums mit Gonococcen gegenüber einer solchen mit Streptococcen einerseits und Saprophyten andererseits ist ein auffallend grosser. Wenn wir, die Anzahl der Fälle auf 40 reduciert, die einzelnen Reihen vergleichen, so ist einer Infection mit Saprophyten in 4, einer Infection mit Streptococcen in 8, einer Infection mit Gonococcen in 15 Fällen die Schuld an der resultierenden Sterilität zuzuschreiben.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Prof. Dr. Zweifel für die gütige Ueberlassung des Materials sowie für die Erlaubnis zur Benutzung der Bibliothek der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Bumm: Beitrag zur Kenntnis der Gonorrhoe der weiblichen Genitalien. Arch. f. Gyn. Bd. XXIII.
2. Bumm: Ueber die Bedeutung der gonorrhoischen Infection für die Entstehung schwerer Genitalaffectionen bei der Frau. 4. Congress d. deutschen Ges. f. Gyn. Bonn 1891.
3. Döderlein: Die Beziehungen der Endometritis zu den Fortpflanzungsvorgängen. Centralblatt f. Gyn. XIX.
4. Encyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie.
5. Fehling: Die Bedeutung der Gonorrhoe für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Münchener med. Wochenschrift 1895. Nr. 49.
6. Fritsch: Zur Lehre von der Tripperinfection beim Weibe. Arch. f. Gyn. Bd. X.
7. Glünder: Beitrag zur Frage der Sterilität bei latenter Gonorrhoe.
8. v. Grünewaldt: Ueber Sterilität geschlechtskranker Frauen. Arch. f. Gyn. Bd. VII. VIII.
9. Hennig: Einfluss der Gonorrhoe auf puerperale Zustände der Frau. Sitzung d. Ges. f. Geburtshilfe in Leipzig. 17. 11. 1873.
10. Kisch: Die Sterilität des Weibes.
11. Klein: Neuere Arbeiten über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Weibes. Monatsschrift f. Geb. und Gyn. 1895. I.
12. Krönig: Vorläufige Mitteilung über die Gonorrhoe im Wochenbett. Centralbl. f. Gyn. 1893.
13. Krönig: Aetiologie und Therapie der puerperalen Endometritis. Verhandlungen der Ges. f. Geburtshilfe zu Leipzig. 21. 1. 1895.
14. Krönig: Prognose der ascendierten Gonorrhoe beim Weibe. Arch. f. Gyn. LXV.
15. Kroner: Ueber die Beziehungen der Gonorrhoe zu den Generationsvorgängen. Arch. f. Gyn. Bd. XXXI.
16. Menge: Diskussion über Döderleins Vortrag: Ueber Metritis und Endometritis. Sitzung d. Ges. f. Geburtshilfe Leipzig 17. 2. 1896.
17. Noeggerath: Die latente Gonorrhe im weiblichen Geschlechte.

18. Noeggerath: Zur Abwehr und Richtigstellung in Sachen chronischer Gonorrhoe. Arch. f. Gyn. Bd. XXXII.
19. Pfannkuch: Ueber den Einfluss des Puerperiums auf die Conceptionsfähigkeit. Arch. f. Gyn. Bd. XI.
20. Sänger: Ueber gonorrhoische Erkrankung der Uterusadnexe und deren operative Behandlung. Arch. f. Gyn. XXV.
21. Sänger: Ueber die Beziehungen der gonorrhoischen Infection zu Puerperalerkrankungen. Verhandlung d. ersten Versammlung d. deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in München 1886.
22. Veit: Handbuch der Gynäkologie.
23. Wertheim: Zur Lehre von der Gonorrhoe. 4. Congress d. deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Bonn 1891.
24. Wertheim: Ueber Uterusgonorrhoe. Centralbl. f. Gynäkologie XIX.
25. Zweifel: Vorlesungen über klinische Gynäkologie.
26. Zweifel: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Richard Lampe, bin geboren als Sohn des Gutsbesitzers Friedrich Lampe zu Wedlitz (Herzogtum Anhalt) am 25. Oktober 1871. Anfangs besuchte ich die Dorfschule in Wedlitz, von Ostern 1882 bis Herbst 1893 das Karls-Gymnasium zu Bernburg, das ich mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von Winter 1893/94 bis Sommer 1895 studierte ich in Tübingen Medicin, von Winter 1895/96 bis Sommer 96 in Kiel, siedelte dann nach Leipzig über, wo ich bis zum Schluss der ärztlichen Prüfung verblieb. Im Sommer 1898 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, im Sommer 1900 die ärztliche Prüfung, beide Examina in Leipzig. Meiner Militärpflicht genügte ich vom 1. Oktober 1893 bis 31. März 1894, vom 15. August 1900 bis 14. Februar 1901 und vom 1. März 1901 bis 11. April 1901 und zwar in Tübingen bezw. Metz bezw Leipzig.